

NATIONAL FORUM ON EMERGENCY PREPAREDNESS AND RESPONSE 2007

CA1
SG
-2007
G46



Global Risk, Local Action: Making Systems Connect

The 7th
National Forum on
Emergency Preparedness
and Response

October 16-17, 2007
Halifax, Nova Scotia

Sponsors: Public Health Agency of Canada and Public Safety Canada



Government
of Canada

Gouvernement
du Canada

Canada

© Her Majesty the Queen in Right of Canada, 2007

Paper Version

Cat. No.: PS4-55/2007

ISBN: 978-0-662-05440-5

PDF Version

Cat. No.: PS4-55/2007E-PDF

ISBN: 978-0-662-47656-6

Printed in Canada

TABLE OF CONTENTS



1	Speakers
3	Executive Summary
5	WELCOME
7	Keynote Address: Changing Priorities for Disaster Response – Making Systems Connect in Complex Emergencies
10	Panel and Facilitated Group Discussion: Disaster and Surge Capacity Planning – Drawing Lessons from Regional Health Authorities
13	Facilitated Group Discussion
16	Special Lunch Address: Introducing Nova Scotia's Joint Emergency Operations Centre
18	World Café Talk Show: Exploring Crisis and Consequence Management – National and Local Perspectives
21	World Café: Reporting and Facilitated Group Discussion
24	DAY TWO OPENING REMARKS
25	Keynote Address: Recovering from Disaster – Lessons from Oklahoma and New York City
29	Panel: Rebuilding after Disasters – Identifying Recovery Needs and Priorities
33	Small Group Discussions and Reporting: Rebuilding after Disasters – From Response to Recovery
35	Acknowledgements
36	Talk Show Interview: The Halifax Explosion – Lessons in Community Recovery
39	Small Group Discussions: From Lessons Observed to Action Taken – Developing a National Agenda for Research, Training, and Education
41	CLOSING REMARKS
42	PARTICIPANTS

SPEAKERS

Supt. Gordon Black

Operational Readiness and Response
Coordination Centre
Royal Canadian Mounted Police

Ms. Michelle Hébert Boyd

Health Canada
Author of Enriched by Catastrophe

Dr. Susan Briggs

Director
Harvard Medical International Trauma and
Disaster Institute
Boston, Massachusetts, United States

Mr. Guy Corriveau

Director, Disaster Management
Winnipeg Regional Health Authority

Mr. Tony J. Eden

Director, Ground Ambulance and Health
Emergency Management
Nova Scotia Department of Health

Dr. David Hutton

Centre for Emergency Preparedness and Response
Public Health Agency of Canada

Mr. Steven Kempton

Regional Coordinator, Emergency Preparedness
and Response
Public Health Agency of Canada

Mr. Andrew Lathem

Director, Emergency Programs
Nova Scotia Emergency Management Office

Mr. Don MacAlister

Director, Protection and Emergency Management
Fraser Health, British Columbia

Mr. Stuart MacPherson

Director, Emergency Preparedness
Canada Border Services Agency

Mr. Barry Manuel

Emergency Management Coordinator
Halifax Regional Municipality

Dr. Christopher Mazza

President and CEO
Ornge Air Transport

Dr. Howard Njoo

Director General, Centre for Emergency Preparedness
and Response
Public Health Agency of Canada

Capt. Colin Plows

J3 Operations Officer
Canada Command

Prof. Joseph Scanlon

Professor Emeritus and Director
Emergency Communications Research Unit
Carleton University

Ms. Jo-Anne Scharf

Regional Director – Nova Scotia
Public Safety Canada

Ms. Rhonda Schwartz

Director of Quality and Patient Care
North York General Hospital

Mr. Dave Scott


Emergency Social Services Specialist/Recovery
Coordinator
British Columbia Provincial Emergency Program

Don Shropshire

National Director, Disaster Management
Canadian Red Cross Society
Chair, Council of Emergency Voluntary Sector
Directors

Dr. Ronald St. John

St. John Public Health Consulting International
Former Director General
Centre for Emergency Preparedness and Response
Public Health Agency of Canada



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761117092452>

EXECUTIVE SUMMARY

The 2007 National Forum on Emergency Preparedness and Response, co-hosted by the Public Health Agency of Canada and Public Safety Canada, brought together more than 150 senior government and non-government officials from across Canada to identify key policy and program issues, as well as to integrate emerging issues into public health emergency management processes.



The theme of the 2007 National Forum was "Global Risk, Local Action: Making Systems Connect." Presentations and discussions were aimed at enhancing integration between levels of government and health response services at all levels during emergencies. Special attention was given to ensuring that policy and planning takes into account the demands and realities of regional health authorities, health care facilities and emergency management personnel.

The two-day Forum in Halifax, Nova Scotia was arranged into a series of presentations and discussion groups, where keynote speakers addressed lessons learned from the Halifax Explosion, the SARS outbreak, the bombing of Oklahoma City in 1995, and September 11, 2001. Drawing upon these events, participants were asked to identify key challenges and opportunities to develop a pan-Canadian approach to public health emergency planning that takes into account the diversity of Canada, while also ensuring that national activities are aligned with the realities of regional health authorities.

For the first time at the Forum, attention was also given to the issue of building and recovery after disasters with a public health dimension. Participants were challenged to develop a Canadian recovery agenda that might begin to inform research and programming in the coming years. The Forum closed with a special session on how best to integrate lessons learned after emergencies into Canada's emergency management training and education programs.

Key outcomes of the National Forum, focused on improved public health emergency management, included commitments to:

- Develop a national surge capacity strategy in Canada.
- Define, in a concrete manner, issues that relate to information sharing between provinces, territories and non-government organizations during a public health-related emergency.
- Develop a Canadian Recovery Agenda to direct research and programming in the coming years.
- Initiate discussions amongst key public health emergency management stakeholders in the development of an Emergency Management Training and Education Strategy in Canada.



WELCOME

Dr. Howard Njoo

Director General, Centre for Emergency Preparedness and Response
Public Health Agency of Canada

Ms. Jo-Anne Scharf

Regional Director – Nova Scotia
Public Safety Canada

DR. HOWARD NJOO welcomed participants and conveyed regrets on behalf of Dr. David Butler-Jones, Canada's Chief Public Health Officer, who was unable to attend. Dr. Hutton noted that Jane Billings, Senior Assistant Deputy Minister at PHAC was in attendance.

He cited important milestones since the first Forum was convened seven years ago: the development of the National Framework for Health Emergency Management; the continuing evolution of the National Health Incident Management System (NHIMS); the acknowledgement of the key role and contributions of the non-government and voluntary sector to emergency management; and commitment to a national resiliency framework led by the Council.

This year, Dr. Njoo said, there is a need to focus on developing an integrated and comprehensive response which can be operationalized at all levels of response. He reminded participants that SARS and the current threat of pandemic influenza are stark reminders that we live in an environment where emerging and re-emerging diseases can strike anywhere and spread quickly without respect to borders. "In a globalized world, diseases can strike rapidly," he said. "This highlights the importance of working together."

Dr. Njoo noted the need to identify issues that can be collectively addressed over the next year, the need to build on one another's experiences, and the importance of continuing the exchange beyond this Forum. "By this I mean not only a pan-Canadian approach to planning that takes into account the diversity of Canada, but a commitment to finding ways to ensure that our national activities are aligned with the realities of regional health authorities."

Dr. Njoo further observed that emergency managers from all fields must continue to find ways to build on their collective experiences, knowledge and expertise. He emphasized that this dialogue must be generated beyond the Forum and ensure that lessons learned from Canadian disasters are integrated into policy and planning. Recalling that 2007 is the ninetieth anniversary of the great Halifax Explosion, Dr. Njoo observed, "This tragedy continues to touch so many living here in Halifax. Indeed, many of the lessons of almost a century ago still bear hearing today."

Dr. Njoo expressed PHAC's commitment to continuing the dialogue of the Forum well beyond the event itself. He said the Forum had been specifically structured to provide opportunities for facilitated discussions aimed at identifying key issues and priorities that will help shape our work in the coming year.

"I wish also to ensure you that we committed to re-visiting these issues at the 2008 National Forum to assess our progress and determine our next steps," he said. "In this respect, we envision the National Forum becoming a platform by which we may not only share our knowledge and expertise and build a stronger emergency management community, but also identify collective actions that may be defined through concrete milestones and outcomes."

JO-ANNE SCHARF attended in place of Bob Lesser, Public Safety Canada's Director General of Operations, who was unable to attend. Scharf thanked the many regional directors from across Canada for participating in the Forum.

Since its creation in 2003, Public Safety Canada has focused on keeping Canadians safe from the risk of natural disasters and terrorism by promoting synergies among the three levels of government, community groups, first responders, and other nations. As threats change, Scharf said, the basis for emergency management remains the same: solid relationships, and "knowing who's who and what they can do." She added that with emergency management, security, and law enforcement under one umbrella, the government has the means to ensure an all-hazards approach to all emergencies.

In Nova Scotia, Public Safety Canada is co-located with federal and provincial partners to facilitate collaboration. Due to Nova Scotia's considerable experience with disasters, a significant amount of expertise has been tested by a variety of hazards, Scharf said.

As an example of a security-related threat, she cited the smuggling of illegal immigrants. Natural disasters have included the Swissair plane crash, Hurricane Juan, and "White Juan," the 2004 blizzard. Nova Scotia is a small province, and Scharf remarked on the importance of inter-agency collaboration and communication. Key to this is collaboration between Public Safety Canada and PHAC.

KEYNOTE ADDRESS

CHANGING PRIORITIES FOR DISASTER RESPONSE – MAKING SYSTEMS CONNECT IN COMPLEX EMERGENCIES

Dr. Susan Briggs

Director

Harvard Medical International Trauma and Disaster Institute

Boston, Massachusetts, United States

DR. SUSAN BRIGGS said Boston and Halifax are “sister cities” as a result of the Halifax Explosion of 1917. She emphasized the importance of ensuring that systems have worked together before a disaster: people and supplies alone do not make an effective disaster response. She described a situation in which this sort of preparation was absent: in response to an emergency, victims suffering major burns were brought to Cornell University, but the physicians were unable to function because they were unfamiliar with the computer system.

The other key element is planning. Dr. Briggs noted that no one had expected levees to break and affect six states during Hurricane Katrina, and no one at the World Trade Centre had anticipated that fuel-laden planes would fly into the towers.

Further, plans have to be reality-tested. If a particular response capacity has the restriction that it cannot be implemented in a flood zone, then that approach should not be applied to the southern United States, which is a flood zone.

Dr. Briggs said weapons of mass destruction pose the greatest challenge, whether accidental or intentional, because they produce casualties in numbers not seen before. In the sarin attacks in Tokyo, only 20% of the people who flooded the public health and medical facilities suffered physical effects. The rest were psychogenic casualties, who overwhelmed the infrastructure.

She noted that in developed countries it is unacceptable not to provide the greatest good for each person, “and we can’t do that in disasters.” Dr. Briggs currently sits on Massachusetts’ newly formed Minimum Accepted Standards of Care Committee, which focuses on this issue.

One of the keys to effective emergency response is differentiating between critical and non-critical survivors. In mass casualty incidents, those who are not critically affected can be rescuers, Dr. Briggs said. One method for determining who has been affected is for first responders to use a bullhorn and say, “Everybody move over here.” Whoever moves is determined to be non-critical.

In developing a method for rapidly assessing patients, said Dr. Briggs, simplicity is key. A five-page list of things to do cannot be used in the field.

Because it takes time for the federal government to react, it will not be among the first responders. Whoever can be expected to arrive first should be taught triage, and for this reason, Dr. Briggs recommended that police officers be taught the same methods as public health practitioners.

She pointed out that the key to making systems work is to separate the myths of disaster planning from the facts:

- Call it something different. Rather than using traditional titles and organizational structures, the system needs to be built on functional capacity. Roles, including who will be the incident commander, must be decided in advance.
- Dispel the myth that all disasters are different, especially terrorism. The same public health and medical concerns exist in every disaster. What changes is the organization that becomes the lead, depending on the nature of the disaster.
- Just because “everyone” wants to volunteer, that does not make him or her an asset. They need to be effective within the system.
- Politics should not dictate the disaster response. The response has to be functional to be effective.

In cities, evacuation triage is typically the most neglected element of disaster response. A redundancy of plans regarding security, transportation, and communication is required in case the whole city is disabled, such as, for example, New Orleans. “No one anticipated a US city would have to be evacuated,” said Dr. Briggs.

Taking an all-hazards approach to complex emergencies is critical because there is no way to know in advance which organizations will be involved in a particular response. Risk assessment should be second-tier. In Katrina, risk assessment was primary, resulting in more security than transportation. Further, greater redundancy in risk assessment planning is needed, to focus on functional capacities. Logistics should be centralized.

Calling Katrina “our worst disaster response,” Dr. Briggs said disaster teams drove through the country rounding up assets. In that instance, Homeland Security did not have the trucks, cranes, and other equipment that were needed, and the National Guard, which was expected to fly people in and out, was otherwise occupied in Iraq and Afghanistan.

Another weakness during Katrina was bureaucracy. “Everything had to go up the chain through about 15 steps before a decision was made,” Dr. Briggs noted. Her solution is to create a flexible, modular structure where all elements act as part of the system.

“Who stays behind in a disaster?” she asked. It is the people who have nothing to lose, she said, the criminals and homeless, who cannot leave. Three medical teams were pulled out of the Superdome because the only security was a National Guard transport troop that did not have guns, while most of the dislocated people had guns.

Security and transportation were the two main factors that limited the medical disaster response. Knowing where the assets were and knowing the assets of other groups with similar functional capacities would have made the difference.

Dr. Briggs pointed out that one lesson learned from 9/11 is that the construction industry is the primary source for search and rescue assets. Using unconventional methods – like “borrowing” Budget rental cars and leaving a note saying the government had rented them – is what kept the New Orleans disaster response moving forward.

A good leader is someone who can respond, has situational awareness, and appreciates the human dimensions of a disaster. Identifying the appropriate a lead agency is also key.

Dr. Briggs said the military should have been the lead agency during Katrina, but it was unavailable.

In mass casualties, recovery is a much neglected area, as evidenced by the fact that two years after Hurricane Katrina, there are still blue tents on roofs in New Orleans.

The disaster response must be regionally based, rather than state-based, to overcome economic disparities and to prevent states from competing for assets. Both of these realities became apparent in New Orleans, since Louisiana is one of the poorest states, and five states were affected.

Finally, public perception is critical. What turned Katrina around? Dr. Briggs said it was a picture of an old lady in a wheelchair who had died in the Superdome. Public reaction to that picture led to the creation of new government departments. Dr. Briggs noted a new risk: "There is always the chance that we will over-respond next time, which can be just as dangerous."

A participant asked about the Minimum Accepted Standards of Care Committee. Who convened it, what is it plugged into, and what are its deliverables? Dr. Briggs replied that the governor convened the committee through the Public Health Agency of Massachusetts. Its mission is to inform the groups of people who will not be in the first triage tier and to educate the public that it has personal responsibility for disaster preparedness.

Another participant asked how to deal with the possibility of multiple emergencies occurring simultaneously. Dr. Briggs said this highlights the need for regional and federal partners to have a system that works: leadership must be in place; evacuations must be coordinated; and assets must be deployed.

PANEL AND FACILITATED GROUP DISCUSSION

DISASTER AND SURGE CAPACITY PLANNING – DRAWING LESSONS FROM REGIONAL HEALTH AUTHORITIES

MODERATOR

Ms. Allison Stuart

Director of Emergency Management
Ontario Ministry of Health and Long-Term Care

PANELISTS

Mr. Guy Corriveau

Director, Disaster Management
Winnipeg Regional Health Authority

Mr. Don MacAlister

Director, Protection and Emergency Management
Fraser Health, British Columbia

Dr. Christopher Hogg

President and CEO
Ornge Air Transport

Dr. Ronald St. John

St. John Public Health Consulting International
Former Director General
Centre for Emergency Preparedness and Response, PHAC

MODERATOR ALLISON STUART introduced the topic of surge. She asked participants to consider implementation, how different organizations are meeting the challenge, and how to take initial steps from a surge capacity initiative to a surge capacity strategy.

GUY CORRIVEAU said the Winnipeg Regional Health Authority (WRHA) encompasses approximately 27,000 health care workers within 606 square kilometres. The city was built on a waterway, and a non-catastrophic flood to the City of Winnipeg occurred in 1997. However, one of Winnipeg's tertiary hospitals is built on the banks of the Red River, a river that rises every spring: it is just a question of degree. Winnipeg is also built on a major national rail hub, which is used to transport a variety of hazardous materiel through the city. CN Rail, for example, carries approximately 80,000 loads of dangerous goods through Winnipeg each year.

During the past five years, two non-catastrophic derailments have occurred within the Winnipeg Health Region. On the transportation front as well, three non-airport landings have occurred, but so far, by good luck rather than good design, no disasters have befallen the city. "Nothing ever happens in Winnipeg," Corriveau said.

As far as the potential hazards posed by radiation sources within the city including the universities, hospitals, Cancer Care, and others, the WRHA Disaster Management Program

and the Manitoba Radiation Protection Association work in collaboration to ensure “everything is well in hand.”

On June 22, a tornado devastated a community 45 kilometres west of Winnipeg, but there were no casualties. This was another indication that the “tornado belt” might be moving north, Corriveau said. The WRHA Disaster Management Program is in contact with its counterparts in Kansas to learn from their experiences.

Regarding surge consequence, there are two types of events: immediate, such as a train wreck, and sustained, such as a pandemic outbreak. Pre-planning activities in either case include identifying the likelihood of occurrence, forecasting how soon it could happen, planning for worst-case scenarios, and assessing and making an inventory of human capabilities and material resources.

The health authority in Winnipeg utilizes a common, all-hazards management structure, which has been four years in development so far. Corriveau noted that one element of disaster readiness is having agreements in place with partner organizations. He added that disaster planning must account for all of the people who might be affected by the disaster, including those who are non-ambulatory, deaf, blind, and/or non-English/French speaking citizens. Winnipeg is a cultural mosaic of many cultural ethnicities, including a community of approximately 62,000 Philipino residents who may have difficulty expressing themselves or understanding either of Canada’s two official languages. Disaster planning and pre-surge capacity activity must also include palliative care strategies to assist emergency department staff to handle multiple deaths.

With respect to disaster management in general, and pre-surge capacity activity specifically, Corriveau recommended establishing a cyclical training and exercise program, and fully integrating disaster management services with all regional health authority programs, sites, and facilities. “Thinking about it is a lot less painful than having to explain why we didn’t [do it],” he said.

DON MACALISTER said Fraser Health encompasses 24,000 health services employees who serve 1.5 million people in suburban Vancouver. There are 12 acute care hospitals and residential community sites. MacAlister shared lessons learned from the 2007 spring flood threat in British Columbia – “an all-consuming emergency planning event that probably hadn’t been seen before in B.C.”

The Fraser River flows from the mountains of the Coast Range toward Vancouver and the Pacific Ocean. A diking system has historically protected the area from flood threat, but on April 5, an advisory noted 140% to 160% more snow than usual to the north. The provincial government allocated \$33 million for mitigation, which was spent repairing and upgrading the dikes. There was a 109-bed acute care hospital in the middle of the flood plain, and other hospitals – for example, in Chilliwack – were subject to isolation.

Fraser Health set up a flood planning and coordination centre, and seconded additional emergency management resources from other health authorities. For asset protection, Chilliwack Health Services was evacuated and equipment was relocated, as were patient records – “an enormous issue” that included dealing with legal requirements, said MacAlister. Isolation planning was conducted for three communities.

An alternate care site was set up in a 20,000 square foot warehouse at former Canadian Forces Base Chilliwack, and was prepared to open for business within 24 hours. Chilliwack Health Services staff were relocated to this site, which was to serve as a bridge between primary and acute care, to take some strain away from the other hospitals. The facility was stocked with a 20-day supply of medical, surgical, and food supplies. A back up to the back-up generator was provided.

MacAlister said one lesson learned regarding surge capacity is that the duration of the surge is often overlooked. In addition, establishing linkages with other health authorities and knowing who to call on is crucial. "You would be astounded," said MacAlister, "by how much work is involved in moving 600 people – and having the staff, their personal belongings, equipment, medical supplies, and bed move with them." He said his organization spent four weeks going to five health authorities and could not line up 200 beds, nor could they find one intensive care unit bed for a ventilated patient anywhere in the province.

On June 2, the water flooded in, but there was no impact on health services. A greater amount of flooding occurred in the province's Interior. One health authority had to evacuate a psychiatric institution because it was located behind a non-standard dike. On June 11, Fraser Health stood down "high and dry," after spending approximately \$250,000 on the emergency preparedness exercise.

DR. CHRISTOPHER MAZZA said his talk would be controversial. He defined "surge" as any time demand outstrips resource. At the Sunnybrook Health Sciences Centre, where he works as a staff physician and trauma team lead, surge occurs weekly. Patients are triaged on long weekends or holidays. Because of significant fiscal constraints, Dr. Mazza said, "hospitals can't be all things to all people." Capacity and capability are two very different concepts.

In dealing with Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS), the system was "lousy," said Dr. Mazza. What made it work was a small group of people who worked non-stop. Emergency management plans existed, but they were on the shelf. Plans did not equal execution. The lesson learned is that the plan must be embedded in the front-line practitioner's mind. The question is how to embed those principles, Dr. Mazza said.

From a numbers perspective, SARS was not major, but it was major from a psychological perspective. With 375 cases and 21 hospitals in Toronto, "it broke our back," said Dr. Mazza. "We could not function." Part of the problem was the lack of language commonality among some hospitals – and there was no obligation to collaborate. Other hospitals would not second their doctors and nurses for fear they would be exposed to the virus.

At the planning stage, focusing on three levels of surge would have made a difference. Dr. Mazza said when a surge goes from minor to moderate, it becomes regional, and when it is major, it becomes provincial or national.

Operationally, 20% of affected patients were required to go on ventilators, but the city did not have enough ventilators or beds. It quickly became evident that old buildings could not be turned into acceptable critical care spaces, so the hospitals developed the Emergency Medical Assistance Team (EMAT). This is a 56-bed critical care, controlled-capacity mobile unit that can travel anywhere.

During the recent Sudbury fire, the local hospital's back-up generator system failed, and babies were being delivered by flashlight. EMAT was deployed and added much-needed capacity.

In summary, Dr. Mazza said that embedding the principles of disaster planning in health care workers during the daily minor surges that take place in hospitals would prepare them for a major surge.

FACILITATED GROUP DISCUSSION

MODERATOR ALLISON STUART asked participants to consider what they regarded as key components of a national surge capacity strategy in Canada. To facilitate discussion, she assigned three questions for consideration:

QUESTION 1

What is the single most important action to be taken to move this surge strategy forward?

Respondents suggested steps toward moving surge strategy forward:

- Plan with health care workers in mind, and move planning to the front line.
- Incorporate volunteers, looking at their resources and assets.
- Invest now in planning as a priority area, as part of core business-continuity planning.
- Develop a common approach of principles, making sure it is understood they are to be used broadly across systems with stakeholders and clinicians.
- Create a national integrated strategy based on functional capacity.

QUESTION 2

What are three issues that need to be addressed in creating a pan-Canadian surge-capacity strategy?

Many issues must be addressed in creating a pan-Canadian surge-capacity strategy, said group members:

- Develop common pan-Canadian definitions.
- Standardize operating procedures, including the protection of human resources.
- Identify human and other resources, and address connectivity issues.
- Provide adequate, standardized training and resources.
- Supply an elite departmental model or a unified command model. Assign roles and responsibilities.
- Maintain the capabilities of non-affected areas. Instill a good neighbour policy.
- Feed people and bring them into the new area.
- Because of Canada's diverse nature, no one solution will work for all regions. For example, Nunavut has 23 regions that are 1,000 miles apart.
- Locate common templates centrally.
- Having the political will to solve the problem will enable overcoming the jurisdictional humps.

- See the reality of the current health system. Where it is weak, the public needs to do as much as it can on its own.
- Create common, integrated legislative frameworks.
- Conduct active transportation planning.
- Ask whether the authority and decision-making issue is jurisdictional.
- Address the obligation issue. During SARS, people did not want to help, even though legislatively there is a requirement to assist.
- Evaluate performance measurement and recognize certification.
- Analyze mobility and warehousing supplies.
- Examine current funding. It is very expensive to run scenarios and test operations in advance.
- Conduct a needs analysis and identify gaps.
- Recognize that across the country different risks and risk tolerances exist.
- The plan has to be flexible.
- Manage the public's expectations.
- Evaluate the ability to communicate between agencies, and find a secure and unclassified way to share company information.
- Develop a mechanism for reporting.
- Keep political "visitors" out of the way.
- Conduct an inventory of all assets.
- Make cooperation compulsory.
- Put agreements among the private sector, governments, and other organizations in place ahead of time.

QUESTION 3

What are the features overall that need to be included in a surge strategy?

Participants recommended features to be included in a surge strategy:

- Keep an integrated, flexible, tested, and sustainable program.
- Maintain a contact list.
- Understand the depth of resources.
- Ensure the ability to maintain a search beyond the next 72 hours, and have the required logistical support to do so.
- Create an activation process and a trigger to deactivate.
- Communicate internally and with the public.
- Examine the transportation of supplies.
- Recognize the need for linkages with an established network. Clarify linkages locally, regionally, nationally, horizontally, and vertically.
- Recognize the difficulty of separating capacity from capabilities. Sort out a common language.
- Agree on the incident command structure that will be used.
- Conduct exercises and training.

- Build a context of self-sufficiency.
- Manage expectations. Be realistic.
- Ensure timely, comprehensive access to skill sets.
- Meet minimum standards for training.

DR. ST. JOHN referred to the range of first responders, from doctors to blood banks, and asked participants to visualize a bull's eye, with an inner circle surrounded by concentric circles.

"Where systems interact is the Achilles heel," he said. "If it's not built to interact well, it can fall apart." For example, if supplies are stockpiled and cannot be transported to where they are needed, they are of no value in a national emergency. Building a network involves reaching out to other concentric circles. Dr. St. John noted that this Forum had reached into the clinical circle of first responders.

Dr. St. John said one message from this conference was, "Boy, it's complex!" Responding to disasters requires incorporating all of the circles. He added that it is difficult to explain the importance of investing human and financial resources in emergency preparedness and response when nothing is happening.

He closed by paraphrasing Dwight D. Eisenhower: "Plans are essentially worthless after the first 15 minutes of battle. It's the planning process that counts." Dr. St. John emphasized the need to "read the plan, read the plan, read the plan."

SPECIAL LUNCH ADDRESS

INTRODUCING NOVA SCOTIA'S JOINT EMERGENCY OPERATIONS CENTRE

Ms. Jo-Anne Scharf

Regional Director – Nova Scotia
Public Safety Canada

Mr. Barry Manuel

Emergency Management Coordinator
Halifax Regional Municipality

Mr. Andrew Lathem

Director, Emergency Programs
Nova Scotia Emergency Management Office

JO-ANNE SCHARF presented the “Nova Scotia perspective” by profiling Dartmouth, Nova Scotia’s Joint Emergency Operations Centre (JEOC). Because JEOC is a partnership among Public Safety Canada, the Nova Scotia Emergency Management Office, and Halifax Regional Municipality (HRM), it involves all three levels of government: municipal, provincial, and federal.

Referring to the space as a “co-location,” she said this type of space is in discussion across the region.

BARRY MANUEL described advances in Nova Scotia’s emergency response system as a result of the creation of JEOC. He showed a photo of emergency teams set up in Peggy’s Cove after Swissair Flight 111’s crash in September 1998.

“This is not the picture you see of Swissair,” Manuel said. “This is a community, but all of the resources had to be brought in: Red Cross, food, portable toilets.”

JEOC was founded after the crash, Manuel said, with funding received on condition that the emergency operations centre be built on pre-existing infrastructure. JEOC renovated the upper floor of Dartmouth’s police station. Noting, “You have to have shared systems in place,” Manuel said the day office was put in the same building.

Showing a photograph of the centre’s main operating room, Manuel said, “There are no closed doors.” Sept. 6, 2001, marked the grand opening of the emergency operations centre. Five days later, the centre was used for the first time in response to the September 11 attacks in the United States. “Eight thousand people were arriving in Halifax, and we only had two cots,” he said. Manuel explained that 8,000 cots were sent from Ottawa to Halifax. Since that time, JEOC has responded to hurricanes and major snowstorms, among other incidents.

Scharf described situations JEOC has responded to since Sept. 11, 2001. The centre was activated on the Sunday morning before Hurricane Juan hit Halifax. It also had a role in preparing for the 200 alleged illegal immigrants suspected to be arriving on a container ship in Halifax in March 2007.

Scharf emphasized the importance of inter-governmental communication and information sharing, not only at the three Canadian levels of government, but between JEOC and foreign governments such as the United States. Scharf cited Frontier Sentinel, a June 2007 military exercise in Halifax involving the Canadian and US military and coast guards. This exercise prompted JEOC to develop a marine emergency response protocol, which is currently being put into place.

ANDREW LATHEN explained that JEOC is specifically suited to provide “situational awareness”: the ability to anticipate and gather intelligence about events that may affect Nova Scotia, whether they originate in Nova Scotia or elsewhere.

Lathem said technology is a tool to help people make the right decisions; technology is not driving the changes at JEOC – people are.

Showing photographs of the inside of the centre, Lathem pointed out matrices and screens of information, and said the centre operates with two back-up generators. “How redundant is the centre? As much as it needs to be,” he said. A mobile JEOC satellite unit can provide audio and visual of emergency scenes – such as a dam collapse in Lunenburg being routed to engineers – and information can then be sent to experts for advice. The greatest weaknesses and strengths of JEOC, said Lathem, are not in the technology, but in the fact that three levels of government are working together.

WORLD CAFÉ TALK SHOW

EXPLORING CRISIS AND CONSEQUENCE MANAGEMENT – NATIONAL AND LOCAL PERSPECTIVES

MODERATOR

Mr. David Myers
Public Safety Canada

PANELISTS

Capt. (Navy) Colin Plows
J3 Operations Officer
Canada Command

Mr. Stuart MacPherson
Director, Emergency Preparedness
Canada Border Services Agency

Supt. Gordon Black
Operational Readiness and Response Coordination Centre
Royal Canadian Mounted Police

Mr. Andrew Lathem
Director, Emergency Programs
Nova Scotia Emergency Management Office

Mr. Steven Kempton
Regional Coordinator, Emergency Preparedness and Response
PHAC

Mr. Tony J. Eden
Director, Ground Ambulance and Health Emergency Management
Nova Scotia Department of Health

MODERATOR DAVID MYERS explained that panelists would use a common event to discuss their various perspectives on shared systems of security and health: the reports of up to 200 alleged illegal immigrants arriving in Halifax by container ship in spring 2007.

The panelists used one common event to discuss their various perspectives on shared systems of security and health: the reports of up to 200 alleged illegal immigrants arriving in Halifax by container ship in March 2007.

CAPT. PLOWS stated that when planning operations, organizations must plan in parallel how they will maintain security while resolving the “health consequences” of the event.

Mentioning the conference’s theme of shared systems, Capt. Plows said enough information must be shared with health care workers to allow them to do their job, but not enough to compromise a criminal investigation. He pointed out that planning for the spring 2007 incident involved many health scenarios, such as the possibility of human cargo

being dumped overboard and immigrants arriving malnourished or near death, with infectious diseases or criminal intentions. He highlighted the need to get the “two planning cycles” of health and security working together, with just enough information sharing to avoid a risk to security.

STUART MACPHERSON said the agencies involved could not wait for the ship’s arrival to start planning. However, too much advance planning with too many organizations would have “blown operational security.” He said, “Although the event had security and humanitarian implications, it was managed and treated as one event, creating difficulties.”

MacPherson said that while partnerships were established during the event, had these partnerships been established beforehand, information could have been shared in “a stovepipe fashion,” to prevent leaks of secure information. Still, he said that had authorities actually found 200 illegal immigrants on board the ship, Canada Border Services Agency (CBSA) and the other parties would have been prepared to deal with them.

SUPT. BLACK spoke about the tenuous partnership role between the RCMP and the public. “While law enforcement officials respond to environmental and natural threats with little regard for secrets or security threats,” he said, “when criminality and terrorism are involved, we start to back away from you.” He said information concerning crime and terrorism “is usually extremely sensitive.” While information is shared with the Department of National Defence and CBSA, the RCMP looks at three progressive phases of information knowledge: “You want to know. You are cleared to know. You need to know.”

Supt. Black said while many people are cleared to know certain information within law enforcement agencies, they may not be told because they do not need the information. “If I won’t share information with other RCMP,” he said, “how reluctant am I to share with the private sector and regional health care?” During an incident involving security and health consequences, health care professionals should clarify to police the information they absolutely must know to do their jobs, without requesting any “luxury” information.

ANDREW LATHEM described the humanitarian need to ensure the safety of 200 people on board a ship destined for Canada. He said human smugglers regard their passengers as disposable cargo, and in this hypothetical situation, the smugglers could dump the cargo if they knew authorities were waiting to search the ship. He said Canadians expect authorities to deal with such immigrants in a humane way. There is no limit to the number of people wanting to “do the right thing,” but the challenge of shared systems is the mandate of “operational integrity” – in this case, protecting the information about the passengers until they arrive.

STEVEN KEMPTON described the need for familiarity among networks in responding to such an incident. “When you walk into any situation, the better the networks you have, the more trust and familiarity you have.” He outlined the difficulties in meeting and trusting people from different agencies, but said “an overarching network” should be in place to ensure interagency communication during emergency situations.

TONY J. EDEN talked about the honesty of health care workers when emergencies involve security risks. “Being in the health care industry, we appreciate confidential information,” he said. “I don’t claim to know security or which end of the gun is up, and I don’t care to know.”

When he was called to a meeting regarding the potential health care demand in Halifax in spring 2007, but was not told what the demand was, Eden said he was simultaneously dealing with overloaded emergency rooms in Halifax. Without complete information from security agencies, he would have been unable to address their needs – to manage then-current excess demand with previous excess demand. “This is where we need to be creative and collaborative,” Eden said.

Myers asked panelists, “Is there an example of where things went rather well or where connections did work? Are there areas where systems connect better?”

Kempton said despite what he had learned from the March 2007 incident, a lot went right with the operation. If things had not gone right, “we would have all been massacred in the media a lot more than we were,” he said. Lathem agreed that while health care workers tend to be overly critical and are never happy with their own performance, he was pleased with the cooperative response to the incident.

Lathem said, “As far as lessons learned, a lesson is not learned – it’s an observation until there is a policy or planning change or implementation in the organization.” He said agencies should be able to take constructive criticism, and collectively implement changes in agency relationships. Eden said anyone found on board the vessel would have been well cared for.

WORLD CAFÉ

REPORTING AND FACILITATED GROUP DISCUSSION

MODERATOR PATTI CARSON explained the format of the world café, namely to draw upon the incredible amount of skill and knowledge in the room to discuss key issues related to information-sharing, as highlighted by the preceding panel. Participants were presented with three questions about secure and insecure information-sharing between systems.

QUESTION 1

What types of information need to be shared, and when should they be shared?

Participants said processes and conditions should be set up to share different types of information up front. Information sharing is a two-way process, and information must move back and forth between systems. For medical professionals, participants said that while information about an event status, such as “who and why,” is not necessary, the “what, when, and where” are.

Key points to consider:

- The minimum of information required is that which is “needed to complete the job.”
- Information that is required to gauge “surge” requirements in a proactive, timely way.
- Information (security) constraints that may limit the exchange of certain types of information, in order that potential conflicts/problems may be anticipated.
- The nature and scope of the incident/event, in order to determine response requirements.
- Medical information, especially during potential terrorist incidents involving “unknown” substances.
- Which agencies are involved in the response and what capacity.
- Establishment of an incident management structure with clear roles and responsibilities, including the lead jurisdiction/agency.
- The unfolding event status in real time.
- The communications to be released by lead jurisdiction/agency so that messaging is consistent across responding partners.
- The degradation of organizational capacities of responding jurisdictions/agencies, so that mutual assistance may be anticipated and put into place.

Other participants specified types of information: How many casualties have occurred? What types of risk are involved? And what will move the response forward?

QUESTION 2

What are the barriers to sharing information?

Participants discussed security clearances, process barriers, organizational and cultural barriers, and perceived barriers – barriers that may not in fact exist. They said that when qualities such as trust, integration, and establishment are lacking in relationships, barriers are created.

Key points to consider:

- The sharing of information may be event-specific: criminal versus security versus safety versus health.
- Concerns that shared information may jeopardize investigations.
- Legal and legislation issues.
- Security concerns that information may be shared beyond “trusted” sources.
- Rigid organizational boundaries and proprietary interest in information.
- Lack of a collaborative emergency response structure.
- Lack of integrated planning including terminology.
- Lack of understanding of the roles/jurisdictions, information-sharing protocols of multiple participating agencies.
- Inconsistency in training and security clearance among responding jurisdictions and agencies.
- Lack of opportunities to exercise together and thus identify and resolve underlying policies and protocols that hinder information sharing.
- “Politicalization” of incidents and responses.
- Cultural and language barriers, particularly for First Nation and Inuit communities.
- Jurisdictional and self-governance issues, particularly for First Nation and Inuit communities.

QUESTION 3

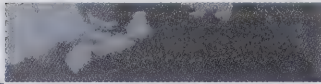
What needs to be done to resolve the barriers to sharing information?

Relationships must be developed both during and after an emergency, participants said. They suggested a process for pre-authorized security clearances before an emergency happens, and remarked on the need for portability of security clearances among organizations.

Participants recommended exercises in post-incident analysis. They said there is paranoia about what information can be shared with the media, due to the possibility of lawsuits, and spoke of the need for senior decision makers to stay in their positions long enough to develop trusting relationships.

Key points to consider:

- Relationship-building among jurisdictions and organizations before events occur.
- Planned-for trust-building between jurisdictions and agencies.
- Understanding of legislations and legal implications of different types of incidents.
- Establishment of communication channels with appropriate security clearances.
- Clear protocols defining when (and when not) information will be shared.
- Compatibility of information-gathering and decision-making platforms.
- Establishment of trusted agents and clearances established at different levels of government to facilitate the sharing of classified information.
- Ensuring channels of information are both “upwards” and “downwards.”
- Ensure inter-operability and standardization of information-sharing protocols and mechanisms.
- Develop shared training modules that may promote more consistent information sharing.



DAY TWO OPENING REMARKS

Dr. David Hutton

Centre for Emergency Preparedness and Response
Public Health Agency of Canada

DR. DAVID HUTTON introduced the day, informing participants that the focus in the morning would be on recovery, with the afternoon session addressing how “lessons observed” during emergencies may be translated into “lessons learned.” The aim was to leave the Forum with a clear sense of objectives that might be worked on over the next year.

Introducing the first speaker of the day, Ken Thompson, Dr. Hutton reminded participants that the ultimate aim of emergency management is to protect the safety and health of those affected. He noted that the focus of the 2006 National Forum was on resiliency – seeing people as part of the solution, rather than the problem.

“People and families can make a difference,” he said. “We have to find ways to engage them in a real way.” He said there was perhaps no better person to speak to that reality than Thompson.

KEYNOTE ADDRESS

RECOVERING FROM DISASTER – LESSONS FROM OKLAHOMA AND NEW YORK CITY

Mr. Ken Thompson

Former Director, External Affairs

Oklahoma City National Memorial Institute for the Prevention of Terrorism

KEN THOMPSON said he is not involved with the service sector, nor does he have any experience working in government. He based his remarks on personal experience that resulted from the bombing of the nine-story Alfred P. Murrah Federal Building in Oklahoma City.

One lesson learned is that this can happen in any town with a population of fewer than one million people, Thompson said.

The bombing on April 19, 1995, was the most serious attack on civilians in American history at that time. The bomb, made out of 4,800 pounds of ammonium nitrate and fuel oil, shattered windows in a 12-block radius and was heard 50 miles away. Those killed or injured totalled 842, including 167 killed in the blast – 19 of whom were children.

Thompson noted that many ambulances took victims to the nearest hospital, even though they had been instructed to bring them to hospitals 20 miles away. Five hundred and forty-nine victims were treated in 18 hospitals, 233 victims went to private physicians, and 462 were left homeless. A high-rise apartment complex for the elderly next to the Murrah Federal Building was evacuated, which led to a large number of people being left homeless for some time.

After an attack, Thompson said, family members probably create more problems than anyone. They overload the phone system by trying to call loved ones, and they run to the disaster site, breaching the perimeter; they also search local hospitals in search of their loved ones.

In one local hospital where victim's family members gathered, the hospital staff placed butcher's paper on the sides of the room to ensure that people could only see those who were known to be alive. Identifying information about the live victims was written on butcher's paper to assist families in locating survivors. The worst thing a family member could do was turn on the television, Thompson said.

In Oklahoma City, a centre for families was established on the first day. The Oklahoma Family Assistance Centre, coordinated by the Red Cross, operated for 17 days from the First Christian Church. Also serving there were clergy, the medical examiner's office, the funeral directors' association, mental health professionals, doctors, nurses, and the Salvation Army. Thompson noted that the clergy were "incredibly helpful."

Family members needed food, cell phones, first aid, notifications of death, and reading materials. Signed poster boards from around the world flowed in with "thinking-of-you"

messages, and Thompson said a book he read there, *When Bad Things Happen to Good People*, has helped him “tremendously” over the years. Giving family members some options is key, he said.

Thompson said the daily briefings at 9:30 a.m. and 3:30 p.m. were extremely helpful. The spokesperson for the medical examiners office updated family members and took their questions before going outside to talk to the media. “We always got the story first, so we didn’t have to see the images on television,” said Thompson.

On the day of the bombing, the family assistance centre opened at 5:00 p.m. When he arrived at 7:00 p.m., Thompson immediately saw a man wearing a funeral director’s badge. “I was not ready for that,” he said. “I was still searching for my loved one.” As a result, the badge was changed to “medical examiner support services.”

Thompson said the childcare services were insufficient. Family members should be able to give identifying information about their lost loved one, such as tattoos and painted toenails, without having their children present. It is also important to know that the children are safe and are not watching television.

In retrospect, Thompson said he would not recommend locating the centre in a church, because of the disruption it caused to the church’s congregation – at a time when they needed a place to worship.

Family members received notification of death from the medical examiner’s office in a private room. Also present were representatives from the funeral director’s association, mental health professionals, clergy, the Red Cross, and the Salvation Army.

After 16 days of recovery, two victims had to be left inside the Murrah Federal Building because further rescue efforts were deemed to be unsafe due to the building’s instability. Assisted by the fire department chief, Thompson and his brother placed flowers for their mother inside the area marked off by crime scene tape, before the building was imploded with 110 pounds of dynamite. The building fell down around the rubble pile, enabling eventual recovery of all victims. Virginia Thompson’s remains were recovered 43 days later.

Approximately 190 pounds of common tissue were frozen and kept at the medical examiner’s office for five years, as evidence for Timothy McVeigh’s trial. When the tissue was released for burial, 168 families had to decide how the remains should be buried. “It was probably the worst thing I had to do,” Thompson recalled. The common tissue was buried in a grove of trees donated by the state of Iowa. The location is not generally known, to prevent the possibility of desecration by McVeigh sympathizers.

Clergy of every requested denomination were present to assist the families. Thompson’s mother’s priest was at his side every day for 17 days, which he found “incredibly helpful.” He suggested better communication between clergy and the municipality, to help clergy understand the issues and their role.

Referring to long-term effects on survivors, Thompson said that immediately after 9/11, approximately 70 cases were opened in Oklahoma City due to the impact of the recurring television images of the disaster site. To this day, 20 cases are still open. The Red Cross continues to help those individuals.

At the time of the World Trade Centre and Pentagon attacks, Thompson was working as the general manager of a car dealership, and serving on the advisory board of the Oklahoma City National Memorial Institute for the Prevention of Terrorism. At his suggestion, family members of 9/11 victims were able to contact Oklahoma City survivors via the Institute's website. As a result of e-mail contact between Thompson and a woman who had lost her mother at the World Trade Centre, he went to New York City and volunteered with the Red Cross to assist them in providing appropriate care for family members.

Thompson was one of 15 family members from Oklahoma City who went to New York City in teams of three every seven days for 50 days. Organizations providing assistance to 9/11 family members included the American Red Cross, the mayor's office, the Salvation Army, clergy, mental health workers, the command centres for five states, police departments, the Office for Victims of Crime, and the American Society for the Prevention of Cruelty to Animals. The family assistance centre provided e-mail access, couches, childcare, and massage therapy, which was "overwhelmingly popular," both for family members and workers. Thompson recalled helping family members break down barriers to receiving mental health assistance.

Unlike in Oklahoma City, many victims of 9/11 were never identified, so the death certificate process was different. Death certificates were made available to family members if they were ready to receive them. Having a death certificate allows family members to deal with many issues such as debt and insurance. Since many bodies were not recovered, earth from the World Trade Centre was put into the urns. "Some people believe if you don't have something to bury in the ground, your loved one is not dead," Thompson explained. A total of 6,000 urns were distributed to the family members of 2,850 individuals who perished in the attack. Bringing family members to visit Ground Zero enabled them to see that there were no survivors. With the enormity of casualties, there was no notification of death. No briefings were possible, because the families spoke a combined total of 22 languages.

Thompson listed some of the things that had not worked:

- At first, each person affected by the attack received a "family member" badge. Thompson said this was a "tremendous mistake," because people did not know who they were talking to. After two weeks, the centre instituted two badges: "family member" and "support services."
- Advocacy groups were in the centre, which was inappropriate; family members and the displaced should have been in separate areas.
- The NGOs were not coordinated, so family members had to deal with multiple agencies.

Among the lessons learned, Thompson cited the following:

- Relief agencies must share information and software.
- Family members should be kept away from the media.
- Be honest at all times with the families.
- Manage the families' expectations.
- Do not be afraid to be direct or to say no.
- Relief workers must understand that they cannot fix a family member. Help them get to tomorrow.

- Everyone grieves differently.
- Give family members choices.
- Have peer support.
- Mental health is very important for family members, workers, and the media, who are subject to vicarious trauma through images.
- Responders need assistance.
- Develop a terrorism-specific plan.

Regarding recovery, the trauma has continued throughout the Oklahoma City bomber's trial, at anniversaries, and when books about the disaster are launched. Potential funding sources must be identified to support mental health following the disaster, and a national approach towards research on the human elements and counselling is needed.

At 9/11, respite centres provided onsite relief for rescue workers, who were given a recliner, a television, food, and a movie to watch.

Plans must be in place to end support to families. During trials, victim's families need to know what the prosecutor has as evidence, and they need to be prepared for the possibility of an acquittal.

In closing, Thompson said, "Out of despair we see a lot of beautiful things. All of us go through tragedy, but it's how we deal with it. By educating others, we make a difference in this world as we go forward."

A participant asked how the services of psychologists, social workers, and clergy are matched up to the needs of family members. Thompson replied that in Oklahoma City, "everyone wanted to own it." The question should be, "Who has the proper funding to do what is needed?"

Another participant asked how access to the centre was controlled. Military police secured the perimeter at Oklahoma City. In the days before digital cell phones, the media initially listened in on family members' analogue telephone conversations. The badges were changed every day, so people could not copy them.

A representative of the Canadian Red Cross asked what type of long-term recovery support could have been offered to the families. In Oklahoma City, it was done right, replied Thompson, with the Red Cross providing follow-up support for 12 years – "but they won't do it again." He added that in New York City, he debriefed with the Red Cross manager every afternoon.

PANEL

REBUILDING AFTER DISASTERS – IDENTIFYING RECOVERY NEEDS AND PRIORITIES

MODERATOR

Mr. Don Shropshire

National Director, Disaster Management
Canadian Red Cross Society
Chair, Council of Emergency Voluntary Sector Directors

PANELISTS

Mr. Andrew Lathem

Director, Emergency Programs
Nova Scotia Emergency Management Office

Mr. Dave Scott

Emergency Social Services Specialist/Recovery Coordinator
British Columbia Provincial Emergency Program

Ms. Rhonda Schwartz

Director of Quality and Patient Care
North York General Hospital

MODERATOR DONALD SHROPSHIRE introduced the panel, explaining that its intent was to examine the diverse aspects of recovery in order to frame a broader participant discussion on the development of a Canadian recovery agenda.

ANDREW LATHEM introduced himself as having been the officer in charge of the investigation of the Swissair Flight 111 disaster in Peggy's Cove, Nova Scotia. Lathem said he was proud and humbled to represent hundreds of men and women from disparate organizations who had worked in the aftermath of that disaster. He said he had pledged to the victims' family members that he would never be complicit in enabling them to be re-victimized through the use of information related to the disaster.

Emergency management typically proceeds from mitigation preparedness to response, and then to recovery. In this case, all three stages happened simultaneously. While "recovery" usually means, "to restore to a previous state of normalcy," in health that is not the case – even though the public expects it to be. Lathem asked where recovery begins and ends, citing the 1998 ice storm in Québec, and Hurricane Katrina in New Orleans.

"People who are marginalized in any social structure will be further victimized as a result of their socio-economic status and special needs," Lathem said. If the recovery does not meet the individual's expectations, it may result in a civil process. He noted that "parts of recovery will never occur in our lifetime," citing the restoration of Point Pleasant Park in Halifax following Hurricane Juan.

On the second day at the Swissair disaster site, Lathem and his colleagues began using the phrase “search and recovery” in place of “search and rescue.” A key lesson he learned is that the surviving family members always come first.

Eight hundred hours of underwater video guided the recovery process. This effort was completed in 2000, two years after the disaster. Using a suction dredge, a water vacuum, and an underwater camera, the recovery team was able to see jewellery and other personal items on the ocean floor. With a camera and transponder, the team picked up rings and other items of great importance to the family members.

A holding pond and spillway were constructed to pump up material from the sea floor by ship; the material was sifted to recover victims’ personal items. This portion of the operation cost \$5 million. “Never underestimate the incredible intellect of Canadians and their ability to get things done,” Lathem said. He added that just because a certain part of the investigation is over, does not mean it brings closure to grieving families.

The recovery work area was heated, well equipped, and well organized, and the workers were given time to recover. The process involved cataloguing and categorizing 20,000 pounds of human remains, which were identified through DNA analysis.

DAVE SCOTT began his presentation on the firestorm of 2003 by saying that of 2,500 fires that summer, two major fires occurred in the Okanagan Valley, in the British Columbia’s southern interior. The devastation included 260,000 hectares burned, 45,000 evacuees, 334 homes destroyed, and \$700 million in direct costs.

In the fire that engulfed McLure, Barriere, and Louis Creek, B.C., a half-hour drive from Kamloops, 72 homes were damaged or destroyed. In this cattle-ranching area, a significant amount of fencing was lost, and nine businesses were destroyed. Firefighters were forced to flee due to the danger. Louis Creek was mostly wiped out, and two trailer courts and a sawmill in Barriere were destroyed. Two hundred direct sawmill jobs were lost, wreaking economic devastation upon the community. Approximately half of the homes, mostly occupied by elderly people, were not insured.

The Red Cross, the Salvation Army, and the Mennonite Disaster Service worked with more than 200 volunteers to rebuild 25 uninsured homes and to build 150 miles of fencing. A relief fund of \$3.4 million was established, and the Province of British Columbia provided a \$2 million hardship grant.

When lightning caused a forest fire in nearby Kamloops, 30,000 residents were evacuated – the largest evacuation in British Columbia’s history. With flames reaching up to 100 feet, the fire destroyed 223 homes and continued to jump firebreaks until it reached Kelowna, 130 miles away. Residents, most of whom had insurance, saw the fire burning out of control as it reached their town. Some \$1.4 million was collected for community recovery, and 11 uninsured homes burned down. The Kelowna fire spurred a building boom of high-end homes.

One of the lessons learned, said Scott, is that a hierarchy of responsibility is needed, with the local government taking the lead. Another lesson is that when the emergency response starts, recovery planning also needs to begin.

The community, composed mostly of ranchers, was resilient. "They need support but can do a lot for themselves," said Scott. "They don't need to be taken care of."

There was coordination among NGOs, because over the last 14 years the B.C. Provincial Emergency Program has developed a common standard form that individuals can fill out to access all agency assistance.

During the transition from response to recovery, many needs went unmet, Scott recalled. In Kelowna, \$1,000 per person was made available to help pay bills. He also recalled the huge influx of media from around the world. This overwhelmed the public information officers, who were psychologically harmed because they were not given the necessary supports.

In closing, Scott emphasized the importance of local government leadership, the need to recognize community resilience, the need for people to build memorials for loved ones, the importance of coordinating NGO activities, provincial support for the communities, and the need to overlap services when transitioning from response to recovery.

RHONDA SCHWARTZ provided a snapshot of North York General Hospital, a 400-bed community teaching hospital serving 400,000 people. Last year, there were 100,000 emergency visits, 200,000 outpatient visits, and 6,000 births.

It took three years for SARS to spread from Asia to Western Europe, said Schwartz, and just hours for it to arrive at North York General Hospital from Hong Kong. In a 130-day period from March to July 2003, the hospital dealt with 117 SARS patients, ten of whom died. One was a staff member. The protective equipment staff members wore made them look more like riot police than health care providers. Seven thousand people were quarantined, including 4,000 staff. The hospital instituted a 10-day quarantine, during which time staff could not go anywhere else. They wore masks at home, slept and ate alone, and could not share personal items. Showers in the same bathroom and laundry in the same loads were discouraged, and public transit was off limits.

"At work, it was a gut-wrenching reality," Schwartz said, "taking care of our own staff." She added that nothing could have prepared them for the death of a nurse; health care workers never thought they could die in the line of duty.

At the peak of the virus' activity, a microbiologist told the hospital's president that North York General contained more virus than he had seen in all of North America. He recommended they close the hospital. A large intensive care unit was created, along with a "negative pressure" room. As many non-SARS patients as possible were discharged during the first week, and obstetric patients were redirected to other hospitals. Half of the SARS patients at that time were hospital staff. Despite their fears, more than 120 staff volunteered to work in the SARS units, which were called MASH units.

"Their emotions were indescribable, looking after their friends and colleagues," Schwartz said. "Battle-hardened nurses and doctors were in tears." Some of the volunteers provided valet services, walked dogs, and filled prescriptions. Petro-Canada provided a free gas station, and one cab company was available to carry staff. Peer support groups, spiritual counselling, and hotlines were available, and a compassionate care fund was established. The staff had to make many sacrifices during that time, including not attending graduations, weddings, and funerals.

Among the lessons learned were the recognition of innovation and change, and the development of active communication systems required to rebuild trust in the leadership and address conflict.

During the crisis, Schwartz said, "extraordinary truths about front-line workers became apparent: they are courageous and skilled, and are true leaders."

The hospital has since reversed the culture that encourages staff to come to work ill. The SARS experience shook up the command-and-control mentality, as senior members of the organization began to engage in the change process. Open, honest, and timely internal communication has become a priority. There is a heightened sensitivity to infectious disease.

Another priority is to ensure that the necessary support systems are in place and to recognize the impact of SARS on an ongoing basis. Education has also become a key priority, and comprehensive programs are being developed to educate staff to build leadership capacity, including emergency preparedness.

SMALL GROUP DISCUSSIONS AND REPORTING

REBUILDING AFTER DISASTERS: FROM RESPONSE TO RECOVERY

MODERATOR

Mr. Don Shropshire

National Director, Disaster Management
Canadian Red Cross Society
Chair, Council of Emergency Voluntary Sector Directors

PANELISTS

Mr. Andrew Lathem

Director, Emergency Programs
Nova Scotia Emergency Management Office

Mr. Dave Scott

Emergency Social Services Specialist/Recovery Coordinator
British Columbia Provincial Emergency Program

Ms. Rhonda Schwartz

Director of Quality and Patient Care
North York General Hospital

MODERATOR DONALD SHROPSHIRE asked the panelists to provide a final word on the issue of recovery. **ANDREW LATHEM** said all disasters share common themes, including the importance of maximizing the experience of others who have gone before, and understanding that a lot of work lies ahead.

DAVE SCOTT underscored the importance of working with NGOs ahead of time and accessing disaster financial income assistance, a mechanism to quickly provide people with cash during the transition from response to recovery. He emphasized the importance of accessing local knowledge and not using a top-down approach when assisting affected citizens. Scott said a national disaster recovery strategy is needed, and recovery can be viewed positively, as an opportunity to rebuild.

Shropshire asked participants to think about what they had heard from the panelists, and to consider what they thought was most important in developing a Canadian recovery research agenda. To shape the discussion, he posed two questions for participants to consider in their deliberations:

QUESTION 1

What do you see as three top priorities in developing a Canadian recovery agenda?

QUESTION 2

Is there one immediate activity that you might initiate in the next year that would contribute to a pan-Canadian recovery agenda?

Participants identified the following:

- A recovery agenda should encompass the full spectrum of issues faced by individuals and communities: financial, business and livelihoods, familial and social, as well as emotional and psychosocial.
- A recovery agenda should also consider the differential impacts of different types of incidents, including natural disasters, human-induced or technical events, infectious disease outbreaks, and acts of terrorism.
- There is a need to consider the impacts of emergencies on, and the recovery needs of, different groups of individuals. Some individuals may be at greater risk than others – for example, the disabled, frail elderly, single-parent households, and newcomers to Canada.
- Attention was also drawn to the unique issues common to many First Nation and Inuit communities. These include the remoteness of communities, existing disparities in health care, and access to resources, as well as social and cultural differences.
- There was an acknowledgement that recovery issues must also be considered for first responders and health personnel, on whom there may be a heavy personal and familial impact.
- At the same time, participants emphasized that individuals and communities, as a whole, tend to be resilient. This construct needs to be further defined and integrated into both recovery and emergency management planning.
- Participants also acknowledged that recovery is a collaborative process, involving both government and non-government agencies but also communities themselves. The inclusion of affected persons is a critical element in enabling people to rebuild their lives.
- As an immediate priority, the need to inventory existing research, policies, and practices was identified as critical step in developing a Canadian recovery agenda. This would serve to identify gaps and priorities for action.
- There was agreement that this should be a collaborative and inter-sectoral process, ensuring that identified issues and priorities for action take into account the full spectrum of recovery needs.

ACKNOWLEDGEMENTS

Dr. David Hutton

Centre for Emergency Preparedness and Response
Public Health Agency of Canada

Mr. Tony J. Eden

Director, Ground Ambulance and Health Emergency Management
Nova Scotia Department of Health

DR. DAVID HUTTON thanked the province of Nova Scotia for hosting the reception on Monday night. He acknowledged that the openness and welcoming spirit of Nova Scotia was truly reflective of the intent of the National Forum, and thanked the hosts for contributing to its success.

TONY J. EDEN thanked the Nova Scotia team, which “made sure your stay in Halifax was enjoyable.” He described the history of the town crier in Nova Scotia and presented an antique bell to Dr. Hutton as a gift from Nova Scotia to the National Forum.

As a special acknowledgement, Dr. Hutton thanked Dr. Ronald St. John, saying that he “had the vision and the commitment to make the National Forum happen five years ago, and continues to provide vision and leadership outside of the government.”

Dr. Hutton thanked Eden and Dennis Davis for their commitment to the Expert Group on Emergency Preparedness and Response and the Council of Health Emergency Managers.

As to the organization of the National Forum, Dr. Hutton expressed a special thank you to Louise Vachon, Tina Mackell, Ann Clemenson, Christine Armstrong, and Patti Carson.

TALK SHOW INTERVIEW

THE HALIFAX EXPLOSION LESSONS IN COMMUNITY RECOVERY

MODERATOR

Mr. John Webb

Director of Emergency Social Services
Nova Scotia Department of Community Services

PANELISTS

Ms. Michelle Hébert Boyd

Health Canada
Author of *Enriched by Catastrophe*

Prof. Joseph Scanlon

Professor Emeritus and Director, Emergency Communications, Research Unit
Carleton University
Centre for Emergency Preparedness and Response, PHAC

JOHN WEBB noted that 2007 is the ninetieth anniversary of the Halifax Explosion; his goal was to discuss the lessons learned from that catastrophic event. He pointed out that many of these lessons still bear true today, and much can be learned from that tragic day.

Webb asked **MICHELLE HÉBERT BOYD** what kind of emergency response was in place for people immediately following the explosion.

"Prior to the explosion," she said, "Halifax was a rough-and-tumble town." The city was a military seaport, its fortunes rising and falling on military activity. Halifax had "unpaved streets, open sewers – it was a public health nightmare."

Boyd said social welfare programs were "twenty to thirty years behind other North American cities, even those cities comparable in size, such as Winnipeg." Boyd described Halifax as a patchwork of charities and church organizations completely dependent on volunteers, with no social work structure like that found in other cities. However, she said an amalgamation of charities was just getting under way before the Explosion took place.

Webb asked **JOSEPH SCANLON** about the initial response to the explosion. Scanlon said the first response was from civilians in the city. The barracks were badly hit, and the military was busy looking after its own wounded. Most of the men were at war, he said. All the hospitals in the city were damaged by the explosion, and more than 2,000 individual fires were started across the city.

Noting that women and passers-by looked after the wounded, Webb said, "An informal response is almost always the first one in any emergency situation." Afterward, the city devised a plan for housing and shelter, and set up a morgue at Chebucto School. "Halifax handled the bodies from the Titanic, and had experience dealing with a large amount of dead," Scanlon said.

In response to a question about how the leadership help from outside Halifax affected local people, Boyd said when American aid arrived, leadership of emergency management was taken over. People from the northern end of the city, the area most damaged by the explosion, had no voice on the committee and the commission that were formed. "People were upset and didn't like decisions being made for them," Boyd said. "As a result, social services were delayed because they hated these foreigners. They didn't like being told what to do by people with different cultural backgrounds and values."

Scanlon said the first responders came from other Maritime cities such as Truro and Moncton. The blizzard that immediately followed the Explosion stopped the trains on their way from the rest of Canada, as well as the United States. Maine was particularly helpful, he said, because it sent a message to Halifax: "What do you need? We'll send it. What don't you need? We'll stop it."

Volunteers accomplished a great deal before the Americans arrived in Halifax 48 hours after the explosion. But the city was still in such poor shape that "if you had arrived at 48 hours, you wouldn't have believed how much had been done." Boyd said because women were not legally recognized as "persons" under the law at the time, their names did not appear in committees or on record, despite the fact that they conducted virtually all of the volunteer work within the first two days. "Their work has become almost invisible in the last 90 years," she said.

Webb asked Scanlon about the main challenges of the first responders. "There was no emergency measures organization, no emergency medical service," Scanlon said. "The police were corrupt, there was even a bootlegger operating from the Young Men's Christian Association, and all of the senior officers of the fire department were killed in the explosion." No official emergency response existed, and many physicians were caught in their homes, which were flooded with the wounded. As a result, the hospitals were short-staffed. "Emergency services – they just weren't involved," Scanlon said.

Boyd noted that a tent city was constructed on the Halifax Commons, but no one wanted to use it. The tents were flimsy, and survivors wanted to be close to their homes in case loved ones returned. People were still unsure of how the explosion had happened, and were afraid it was a German onslaught that could be followed by a second one. "People wanted to feel safe," Boyd said.

Asked about the post-explosion effort, Boyd said it was one of "strategic social control." She repeated that people in the northern end of the city had no voice, and this was at the root of civic riots. Scanlon said Bostonians got a group of Canadian women to determine what Halifax families needed: furniture, Braille devices, and organs for churches, among many other items. The Canadian government waived customs duties. "The links between Halifax and New England were strong," Scanlon said. Boyd added that many who donated from the United States were Canadians who had gone to there to work.

Webb asked Boyd and Scanlon about the legacy of post-explosion disaster relief for Nova Scotia. "The use of outside leadership and lack of community voice stunted social welfare in Nova Scotia," Boyd said. Two main lessons resulted from the Halifax Explosion: the need for the community to support redevelopment and post-emergency leadership, and the need to examine underlying assumptions about class, race, and social structure when preparing

response and emergency plans. Boyd said she wondered about the effects of post-traumatic stress disorder on children who were forced into orphanages without counselling and told to "buck up." "Recovery, on the whole, was horrendous," said Scanlon. The contractor brought in was subjected to interference and was conspired against by the federal government.

Webb asked the panelists whether they wished to address any comments to representatives of federal agencies in the room. Boyd said emergency responders must be critical of their own assumptions when making plans, and more research should be done on long-term effects on disaster survivors. Scanlon said the research remains to be done, and the Halifax Explosion is "a living memory." He noted that he had traveled to old-age homes across the province interviewing survivors of the explosion. "It's never too late to go back and look at documents," he said.

SMALL GROUP DISCUSSIONS

FROM LESSONS OBSERVED TO ACTION TAKEN – DEVELOPING A NATIONAL AGENDA FOR RESEARCH, TRAINING, AND EDUCATION

At the final session of the National Forum, moderator **PATTI CARSON** observed that too often emergency management has not adequately operationalized potential lessons derived from incidents and emergencies.

“How can we ensure lessons observed become lessons learned?” Patti Carson asked participants at each table to suggest one key issue for training and education, based on the Forum discussions, which might facilitate a more effective education/training system in Canada.

Participants offered a variety of suggestions:

- “A harmonization of systems” and unification across the entire community of emergency managers, moving recovery forward, would be beneficial.
- Coordination within specific regions – with sharing of resources, protocols, and processes – would improve emergency response. Response to emergencies should be tailored toward specific regions of the country.
- Better “knowledge management” of emergency response histories should be implemented, along with a repository of information for emergency response. Current research around emergency responses involves a Google search bar.
- It is important to move beyond dialogue, and connect with regions and municipalities, with the goal of signing agreements that outline organizations’ and regions’ roles in responding to emergencies.
- People want to respond to emergencies as individuals. Education packages should detail how people at different organizational levels can respond to emergencies. The packages would aim to build “education and confidence” to give people the ability to respond to an emergency personally, yet within their organization’s framework.
- Some participants expressed concern about the number of acronyms of emergency-response organizations represented in the room. They said more information about these organizations should be available.
- The plans and their improvements heard over the past two days should be implemented. Organizations must look at their existing relationships, as well as those that need to be built.
- The needs of marginalized populations must be addressed in response and recovery operations, to ensure that plans do not increase existing health disparities.
- “We’re a group of slow learners, it seems, in relation to past disasters,” said participants at one table. The organizations represented in the room must ensure that lessons are learned from those disasters.

- Disastrous events, such as the Spanish influenza pandemic in Winnipeg, can be re-examined from very specific perspectives to see what actually happened to people. Emergencies like the pandemic must be examined at the human level.
- Some participants said that as retiring baby boomers, they were concerned that emergency response professionals taking their places should be educated and well trained, and they wanted a way to monitor that training.
- An inter-jurisdictional approach must be taken, with new educational and training programs in emergency response.
- People should be trained in integrated and coordinated approaches to prevent duplication of efforts in planning and responses. Having focused leadership is especially important, because it prevents duplicated efforts and provides direction as to who is doing what and who can do what.
- The 72-hour-ready kit must be promoted, and individuals must be prepared to sustain themselves for short periods after emergencies.
- One table of participants said they believed communication, knowledge management, and building relationships and networks for capacities to be tapped into were all important.
- Regional differences are necessary to emergency response training, said others. What worked in Halifax may not work elsewhere. But they also said there should be "a made-in-Canada strategy" to maintain "social and economic balances in the recovery process."



CLOSING REMARKS

On behalf of the Public Health Agency of Canada and Public Safety Canada, **DR. DAVID HUTTON** thanked participants for making the 2007 National Forum a success. The tone of the national forums has undergone a clear transition, he said. Over the years, an increasing sense of collaboration has emerged, underpinned by real dialogue. "People now want to do the work together and to begin to operationalize it in ways that make sense for all jurisdictions." Cooperation is happening "without being fearful or intrepid about sharing real issues; it's a tremendous step."

Dr. Hutton said he felt that the understanding and collaboration cultivated through the Forum has also generated a collective vision of needing to move as partners in a Canadian emergency management community. He acknowledged that establishing vision and leadership is not without its struggles, but "those questions go away when I look out into the room," he said.

Dr. Hutton expressed his confidence in building on the outcomes of the National Forum in concrete ways. "We certainly have the resources and partners to take that step forward." He highlighted a number of priorities discussed at the Forum, which the Centre for Emergency Preparedness and Response would act upon:

- Developing a national surge capacity strategy in Canada
- Defining, in a concrete manner, issues that relate to information-sharing between provinces, territories and non-government organizations during a public health-related emergency
- Developing a Canadian Recovery Agenda to direct research and programming in the coming years
- Initiating discussions amongst key public health emergency management stakeholders in the development of an Emergency Management Training and Education Strategy in Canada

Dr. Hutton expressed the importance and value of maintaining strong and respectful working relationships among jurisdictions and organizations. Without a doubt, he said, we can count on each other in times of need. "You make it a reality". He further acknowledged and expressed his gratitude for the openness and welcoming nature of jurisdictions across Canada. "I know I will feel welcomed wherever I go in Canada."

Dr. Hutton closed the 2007 National Forum by reminding participants that the event is as much about them as it is about sponsoring agencies. The Forum is only the platform for dialogue, he said; the answers come from those who participate. "The success of the National Forum is owed to you. Thank you. We look forward to seeing you in Manitoba and working with you in the interim."

PARTICIPANTS

2007 National Forum on Emergency Preparedness, Halifax, Nova Scotia

William Alexander

St. John Ambulance

Karen Alexander

Human Resources, Labour & Employment

Brad Andres

Alberta Municipal Affairs and Housing

Lise Asselin

Ministère de la Sécurité publique

Manon Asselin

Canada COM

Joshua Bates

Federation of Canadian Municipalities

Robert Bégin

SPC

Sylvie Bérubé

Public Health Agency of Canada

Jane Billings

Public Health Agency of Canada

Gordon Black

RCMP

Sue Boucher

Health Canada

Larry Bredesen

Public Health Agency of Canada

Susan Briggs

Massachusetts General Hospital

Brian Brighton

Public Safety Canada

Kaye Bruce

Health Canada

Cameron Buchanan

Public Safety Canada

Wayne Buffett

New Brunswick Department of Health

Sandy Cameron

Health Canada

Sarah Carriere

Inuit Tapiriit Kanatami (ITK)

Patti Carson

Public Health Agency of Canada

Shawn Clarke

Public Safety Canada

Eilish Cleary

Public Health

Karen R. Cohen

Canadian Psychological Association

Guy Corriveau

Disaster Management Program

Simon d'Entremont

Health Canada

France Dauphin

Health Canada

Gerry Delorme

Manitoba Health

Jean-Guy Després

Emploi et Solidarité sociale

Denys Doiron

Nova Scotia Dept of Health

Michel C. Doré

Ministère de la Sécurité publique

Bill Douglas

Rosslyn Dowell

Health Canada

Tony Eden

Department of Health

Joe Egan

City of Winnipeg

Ron Enns

Mennonite Disaster Service

Elaine Enns

Mennonite Disaster Service

Geoff Erving

Social Services and Seniors

Don Eves

Health Canada

PARTICIPANTS

2007 National Forum on Emergency Preparedness, Halifax, Nova Scotia

Jack Ewatski

Canadian Association of Chiefs of Police

Sylvia Fanjoy

National Programs

Della Faulkner

Canadian Nurses Association

Ron Fortier

Manitoba Family Services and Housing

Jim Frehs

Health Canada

Lise Gauthier

Agence de la santé publique du Canada

Tricia Geddes

Public Health Agency of Canada

Gary Glavin

Public Health Agency of Canada

Ward Glogowski

Community Services

Randi Goddard

Canadian Public Health Association

Patti Gorr

Public Health Agency of Canada

Cate Harrington

Public Health Agency of Canada

Stephen Heard

Canada Border Services Agency

Michelle Hebert Boyd

Health Canada

Sonja Heikkila

Health Canada

Christine Hick

Public Safety Canada

Theresa Hill

Health Canada

Michael Horne

HRSDC

Mauricette Howlett

Public Health Agency of Canada

Natalie Howson

Public Health Agency of Canada

David Hubka

Public Health Agency of Canada

Dave Hutton

Public Health Agency of Canada

Thea Jacobs

First Nations Inuit Health

Tyler James

Alberta Health And Wellness

Tiffany Jay

Ministry of Health and Long-Term Care (Ontario)

Wendy Keen

Department of Community Services, Nova Scotia

Steven Kempton

Public Health Agency of Canada

Ahmad Khorchid

Health Canada

LCol Colin Kiley

Department of National Defence

Brian Kitchen

Health and Social Services

Jacob Kramer

(CRWRC) Christian Reformed World Relief Committee

Don Lapierre

Volunteer Canada

Steve LaRochelle

Region of Waterloo Social Services

Andrew Lathem

Province of Nova Scotia

John Lavery

Ministry of Health

Joanne Lawlor

Canadian Red Cross

Bill Lawlor

Canadian Red Cross

Ross A. Leeder

Health Canada

PARTICIPANTS

2007 National Forum on Emergency Preparedness, Halifax, Nova Scotia

Jason Letto

Health and Community Services / Government of NL

Mark Lysyshyn

Public Health Agency of Canada

Don MacAlister

Fraser Health Authority

Jim MacDougall

NS Department of Health

Ernest MacGillivray

Public Safety

Tina Mackell

Public Health Agency of Canada

Betsy MacKenzie

Public Health Agency of Canada

Jack MacKinnon

Department of Health and Social Services

Chisholm MacKinnon

Dept of Community Services

Stuart MacPherson

Canada Border Services Agency

Barry Manuel

Halifax Regional Municipality

Claude Martel

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Mary Clare Massicotte

Public Safety Canada

Chris Mazza

Ornge

Tony Mazzulli

Microbiology

LCol John McEachern

Department of National Defence

Jack McKendry

Government of Alberta

Catherine McKenney

Public Policy

Lynn Ménard

Public Health Agency of Canada

Greg Mercer

Western Health

Gail Miller

Public Safety Canada

Kellie Mitchell

Public Safety Canada

David Myers

Public Safety Canada

Deborah Naugler

NS Department of Health

Jeff Niles

Public Health Agency of Canada

Howard Njoo

Public Health Agency of Canada

Sue Olsen

Public Health Agency of Canada

Diane Parnham

Public Safety Canada

George Pasut

Province of Ontario

Surabhi Patel-Widmeyer

Health Canada

Paul J. Payette

Public Health Agency of Canada

Jill Peters

Operational Support

Kelly Peterson

Communicable Disease Emergencies

Lloyd Phillips

Assembly First Nations of Quebec and Labrador

Capt(N) Colin Plows

Dept National Defence

Pierre Poirier

Paramedic Association of Canada

Neal Porter

Department of National Defence

Kathryn Price

Canada Border Services Agency

PARTICIPANTS

2007 National Forum on Emergency Preparedness, Halifax, Nova Scotia

Marsha Pyke

PEI Dept. of Health

Debora Quayle

Health Canada

Karen Radke

Public Health Agency of Canada

Claude Robichaud

Public Safety Canada

Heather Rowsell

Health Canada

Corinne Rowsell

Department of Health

Mark Samadhin

Public Health Agency of Canada

Charles Sanderson

Intergovernmental Affairs

Joseph Scanlon

Emergency Communications Research Unit

Jo-Anne Scharf

Public Safety Canada

Rhonda Schwartz

North York General Hospital

Dave Scott

Provincial Emergency Program

Michael Shannon

Public Health Agency of Canada

Beth Sherwood

Public Health Agency of Canada

Rick Shirran

The Salvation Army

Don Shropshire

Canadian Red Cross

Elaine Smyer

City of Toronto

Danny Sokolowski

Health Canada

Linda Spice

Public Health Agency of Canada

Ronald St. John

St. John Public Health Consulting International

Anne-Marie St-Laurent

Public Health Agency of Canada

Allison Stuart

Ministry of Health and Long-Term Care

Russell Stuart

Nova Scotia Department of Health

Stuart Swanson

Indian and Northern Affairs Canada

Kenneth Thompson

Chesapeake Energy Company

Elissa Tilley

Health Canada

David Tomaz

Emergency Management BC (EMBC)

Brent Travis

Canadian Forces

Julie Trpkovski

Ministry of Health

Tyla Turman

Health Canada

Eric Turner

Public Health Agency of Canada

Michael Turney

Department of National Defence

Pierre Marc Turpin

Health Canada

Louise Vachon

Public Health Agency of Canada

Lynn Vivian-Book

Human Resources, Labour and Employment

John Webb

NS Department of Community Services

William (or Bill) White

Public Safety Canada

Cdr David Wilcox

Department of National Defence

PARTICIPANTS

2007 National Forum on Emergency Preparedness, Halifax, Nova Scotia

Janice Willier

Sucker Creek First Nation

Peter Workman

Government of Nunavut

Lilian Yuan

University of Toronto

PARTICIPANTS

Forum national sur les mesures et les interventions d'urgence de 2007, Halifax, (Nouvelle-Écosse)

Pierre Marc Turpin

Santé Canada

Louise Vachon

Agence de la santé publique du Canada

Lynn Vivian-Book

Ressources humaines, main d'œuvre et emploi

John Webb

Ministère des Services communautaires

de la Nouvelle Écosse

William (or Bill) White

Sécurité publique Canada

Col David Whiteox

Ministère de la Défense nationale

Janice Whittier

Première nation de Sucker Creek

Patric Whittman

Gouvernement du Nunavut

Lilou Yoon

Université de Toronto

PARTICIPANTS

Forum national sur les mesures et les interventions d'urgence de 2007, Halifax, (Nouvelle-Écosse)

Lloyd Phillips
Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador
Capit(N) Colin Plows
Ministère de la Défense nationale
Pierre Poirier
Association des paramédics du Canada
Neal Porter
Ministère de la Défense nationale
Kathryn Price
Agence des services frontaliers du Canada
Marsha Pyke
Ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard
Debora Quayle
Santé Canada
Karen Radke
Agence de la santé publique du Canada
Claude Robichaud
Sécurité publique Canada
Heather Rowell
Santé Canada
Conna Rowwell
Ministère de la Santé
Mark Samadhin
Agence de la santé publique du Canada
Charles Saulter
Affaires intergouvernementales
Joseph Scanlon
Emergency Communications Research Unit
Jo-Anne Scharf
Sécurité publique Canada
Rhonda Schwartz
North York General Hospital
Dave Scott
Provincial Emergency Program
Michael Shannon
Agence de la santé publique du Canada

Beth Sherwood
Agence de la santé publique du Canada
Rick Shirran
Armée du Salut
Don Shropshire
Croix-Rouge canadienne
Elaine Smyer
Ville de Toronto
Danny Sokolowski
Santé Canada
Linda Spice
Agence de la santé publique du Canada
Ronald St. John
St. John Public Health Consulting International
Anne-Marie St-Laurent
Agence de la santé publique du Canada
Allison Stuart
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Russell Stuart
Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse
Stuart Swanson
Affaires indiennes et du Nord Canada
Kenneth Thompson
Chesapeake Energy
Lynn Tilley
Santé Canada
David Tomaz
Emergency Management BC (Colombie-Britannique)
Brent Travis
Forces canadiennes
Julie Trpkovski
Ministère de la Santé
Tyla Turman
Santé Canada
Eric Turner
Agence de la santé publique du Canada
Michael Turney
Ministère de la Défense nationale

PARTICIPANTS

Forum national sur les mesures et les interventions d'urgence de 2007, Halifax, (Nouvelle-Écosse)

Joanne Lawlor

Croix-Rouge canadienne

Bill Lawlor

Croix-Rouge canadienne

Ross A. Leeder

Santé Canada

Jason Letto

Ministère de la Santé et des Services

communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador

Mark Lysyshyn

Agence de la santé publique du Canada

Dan MacAlister

Fraser Health Authority

Jim MacDougall

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

Ernest MacGillivray

Sécurité publique Canada

Tim Marshall

Agence de la santé publique du Canada

Darry MacKenzie

Agence de la santé publique du Canada

Jack MacKinnon

Ministères des Services communautaires

Christine MacKinnon

Ministères des Services communautaires

Stuart MacPherson

Agence des services frontaliers du Canada

Barry Manuel

Municipalité régionale d'Halifax

Claude Martel

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Mary Clare Massicotte

Sécurité publique Canada

Chris Mazza

ORNGE

Tony Mazzulli

Microbiologie

LCol John McEachern

Ministère de la Défense nationale

Jack McKendry

Gouvernement de l'Alberta

Calvin MacKinnon

Politique publique

Lynn Monard

Agence de la santé publique du Canada

Dreg Mercer

Western Health

Dan Miller

Sécurité publique Canada

Kelvin Mitchell

Sécurité publique Canada

David Myers

Sécurité publique Canada

Deborah Naugler

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

Jeff Niles

Agence de la santé publique du Canada

Howard Nijo

Agence de la santé publique du Canada

Sue Olsen

Agence de la santé publique du Canada

Diane Parnham

Sécurité publique Canada

George Pasut

Province de l'Ontario

Garth Patul-Whitney

Santé Canada

Paul J. Payette

Agence de la santé publique du Canada

Jim Peters

Soutien opérationnel

Kelly Peterson

Maladies transmissibles – Urgences

PARTICIPANTS

Forum national sur les mesures et les interventions d'urgence de 2007, Halifax, (Nouvelle-Écosse)

Don Eves
Santé Canada
Jack Ewatski
Association canadienne des chefs de police

Sylvia Fanjoy
Programmes nationaux
Della Fraulinger
Association des infirmières et infirmiers du Canada
Ron Fortier
Services à la famille et Logement Manitoba
Jim Frehs
Santé Canada

Lise Gauthier
Agence de la santé publique du Canada
Tricia Geddes
Agence de la santé publique du Canada
Gary Glavin
Agence de la santé publique du Canada
Wend Giguere
Services communautaires

Randi Goddard
Association canadienne de santé publique
Patti Gorr
Agence de la santé publique du Canada
Kate Harrington
Agence de la santé publique du Canada
Stephen Heard
Agence des services frontaliers du Canada

Michelle Hebert Boyd
Santé Canada
Sonja Heikkila
Santé Canada
Christine Hick
Sécurité publique Canada
Theresa Hill
Santé Canada

Michael Horne
Ressources humaines et Développement
social Canada

Mauricette Hovion
Agence de la santé publique du Canada
Matalie Howsam
Agence de la santé publique du Canada
David Hudka
Agence de la santé publique du Canada
Dave Hutton
Agence de la santé publique du Canada

Thea Jacobs
Santé des Premières nations et des Inuits
Tyler James
Ministère de la Santé et du Mieux être de l'Albert
Tiffany Jay
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
(Ontario)
Wendy Keen
Ministère des Services communautaires de la
Nouvelle Écosse

Steven Kempton
Agence de la santé publique du Canada
Ahmad Khorchid
Santé Canada
LCol Colin Kiley
Ministère de la Défense nationale
Brian Kitchen
Ministère de la Santé et des Affaires sociales

Jacob Kramer
Christian Reformed World Relief Committee (CRWRC)
Don Lapierre
Bénévoles Canada
Steve LaRochelle
Services sociaux de la région de Waterloo
Andrew Lathem
Province de la Nouvelle-Écosse

John Lavery
Ministère de la Santé

PARTICIPANTS

Forum national sur les mesures et les interventions d'urgence de 2007, Halifax, (Nouvelle-Écosse)

- William Alexander
- Ambulance Saint-Jean
- Karen Alexander
- Ressources humaines, main d'oeuvre et emploi
- Brad Andres
- Ministère des Affaires municipales et du Logement de l'Alberta
- Lise Asselin
- Ministère de la Sécurité publique
- Manon Asselin
- COM Canada
- Joshua Bates
- Fédération canadienne des municipalités
- Robert Bellin
- Sécurité publique Canada
- Sylvie Bérubé
- Agence de la santé publique du Canada
- John Billings
- Agence de la santé publique du Canada
- Gordon Black
- Gendarmerie royale du Canada
- Sue Boucher
- Santé Canada
- Larry Bredesen
- Agence de la santé publique du Canada
- Susan Briggs
- Massachusetts General Hospital
- Brian Brighiau
- Sécurité publique Canada
- Kaye Bruce
- Santé Canada
- Calvin Burdette
- Sécurité publique Canada
- Wayne Buffett
- Ministère de la Santé du Nouveau Brunswick
- Sandy Cameron
- Santé Canada

- Sarah Carrière
- Inuit Tapiriit Kanatami (ITK)
- Patti Carson
- Agence de la santé publique du Canada
- Shawn Clarke
- Sécurité publique Canada
- Ellen Clancy
- Santé publique
- Karen R. Cohen
- Société canadienne de psychologie
- Guy Corriveau
- Programme de gestion des catastrophes
- Simon d'Entremont
- Santé Canada
- France Dauphin
- Santé Canada
- Gerry Delorme
- Santé Manitoba
- Jean-Guy Després
- Emploi et Solidarité sociale
- Denys Doiron
- Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse
- Michael E. Dove
- Ministère de la Sécurité publique
- Bill Douglas
- Rosslyn Dowell
- Santé Canada
- Tony Eden
- Ministère de la Santé
- Joe Egan
- Ville de Winnipeg
- Ron Enns
- Mennonite Disaster Service
- Elaine Funn
- Mennonite Disaster Service
- Gaith Evin
- Ministère des Services sociaux et des Aînés

MOT DE LA FIN

Au nom de l'Agence de la santé publique du Canada et de Sécurité publique Canada, je **Dr DAVID HUTTON** a remercié les participants qui ont fait du Forum national 2007 un succès. « Le ton des forums nationaux a changé », a-t-il dit. Au fil des ans, un sens accru de la collaboration est apparu, étayé d'un dialogue sincère. Il a dit que les gens souhaitaient maintenant travailler ensemble et concrétiser leurs actions en prenant des mesures qui conviennent à toutes les administrations. Les gens collaborent de plus en plus sans être craintifs, ni intépides, en présentant les situations telles qu'elles sont; il s'agit d'une très belle avancée.

Le Dr Hutton a dit que la compréhension et la collaboration découlant du Forum avaient également permis la prise de conscience collective de la nécessité d'être des partenaires dans la collectivité canadienne de la gestion des urgences. Il a reconnu que l'adoption d'une telle vision et d'un tel leadership n'est pas sans difficulté, « mais ces considérations s'atténuent d'elles-mêmes lorsque je jette un regard sur les personnes dans cette pièce », a-t-il dit. Le Dr Hutton s'est dit confiant que le Forum national allait permettre des réalisations concrètes. « Nous avons très certainement les ressources et les partenaires nécessaires pour aller de l'avant. » Il a souligné le nombre de priorités dont il a été question au Forum et dont le Centre des mesures et des interventions d'urgence s'occupera :

- Elaborer une stratégie nationale d'intervention d'urgence en période de pointe au Canada.
- Définir, de façon concrète, les questions ayant trait à la communication des renseignements entre les provinces, les territoires et les organismes non gouvernementaux au cours d'une urgence liée à la santé publique.
- Elaborer un programme canadien d'activités de rétablissement pour orienter les activités de recherche et de programmes au cours des prochaines années.
- Lancer les discussions entre les principaux gestionnaires des mesures d'urgence en matière de santé publique, en vue de l'élaboration d'une stratégie de formation en gestion des urgences au Canada.

Le Dr Hutton a souligné l'importance et la valeur du maintien de relations de travail solides et respectueuses entre les administrations et les organismes. Il ne fait pas de doute que nous pouvons compter les uns sur les autres en cas de besoin. « Et cela, c'est grâce à vous », a-t-il dit. Il a poursuivi en disant combien il était reconnaissant envers les diverses administrations au Canada de leur ouverture et de leur accueil. « Je sais que je me sentirai bien accueilli où que j'aille au Canada. »

Le Dr Hutton clôt le Forum national 2007 en rappelant aux participants que l'événement est autant le fruit de leur travail que de celui des organisateurs. « Le Forum n'est qu'une plate forme favorisant le dialogue, a-t-il dit; les réponses viennent de ceux qui y participent. Le succès du Forum national vous est attribuable. Je vous remercie. Nous avons très hâte de vous voir au Manitoba et de travailler avec vous d'ici là. »

- « Nous sommes lents à tirer des leçons des catastrophes antérieures, semble-t-il », ont dit les participants d'une table. Les organismes représentés dans la pièce doivent veiller à tirer des leçons de ces catastrophes.
- Les événements catastrophiques, tels que l'épidémie de grippe espagnole à Winnipeg, peuvent être réexaminés de divers points de vue précis, pour voir ce qui est réellement arrivé aux gens. Les situations d'urgences telles qu'une pandémie doivent être examinées du point de vue humain.
- Certains participants ont dit qu'en tant qu'enfants du baby-boom partant bientôt à la retraite, ils souhaitaient que les professionnels des mesures d'intervention d'urgence qui les remplaceront soient bien formés, et ils ont dit souhaiter la mise en place d'un mécanisme pour surveiller cette formation.
- Une approche de coopération intergouvernementale doit être adoptée, accompagnée de nouveaux programmes d'éducation et de formation en intervention d'urgence.
- Il faut que les gens soient formés en fonction d'approches intégrées coordonnées, pour éviter le double emploi en matière de planification et d'intervention. Il est particulièrement important de mettre en place un leadership bien ciblé, afin d'éviter les efforts en double et de donner une orientation quant aux responsabilités de chacun et quant à ce que chacun est en mesure de faire.
- Il faut faire la promotion de la trousses d'urgence visant à être autosuffisant pendant 72 heures; et les citoyens doivent être capables de s'occuper d'eux-mêmes pendant de brèves périodes en cas d'urgences.
- Pour les participants d'un groupe, la communication, la gestion des connaissances et l'établissement de rapports, ainsi que la création de réseaux de moyens sur lesquels compter, sont tous des aspects importants.
- D'autres participants ont dit que la formation en intervention d'urgence doit tenir compte des différences régionales. Les mesures efficaces à Halifax peuvent être inefficaces ailleurs. Ils ont ajouté cependant qu'une stratégie propre au Canada est nécessaire pour maintenir l'équilibre social et économique dans le cadre du processus de rétablissement.

DISCUSSIONS EN PETITS GROUPES

DES LEÇONS OBSERVÉES AUX MESURES PRISES – CRÉER UN PROGRAMME NATIONAL DE RECHERCHE, DE FORMATION ET D'ÉDUCATION

À la dernière séance du Forum national, la modératrice **PATTI CARSON** a fait observer que, trop souvent, les responsables de la gestion des urgences n'ont pas su mettre en pratique les leçons tirées des incidents et des urgences.

« Comment pouvons-nous faire en sorte que les leçons observées deviennent des leçons retenues? », s'est-elle interrogée. Elle a demandé aux participants à chacune des tables de proposer un aspect essentiel en matière de formation et d'éducation, en fonction des discussions tenues au cours du Forum, qui puisse faciliter la mise en place d'un régime d'éducation et de formation plus efficace au Canada.

Les participants ont formulé les suggestions suivantes :

- Une « harmonisation des systèmes » et l'unification des efforts de l'ensemble des gestionnaires des mesures d'urgence, pour faire avancer le rétablissement, seraient bénéfiques.
- La coordination à l'intérieur de régions précises – accompagnée de la mise en commun des ressources, de protocoles et de processus – améliorerait l'intervention d'urgence.
- L'intervention d'urgence devrait être adaptée à chaque région du pays.
- Il faut mieux gérer les connaissances sur les interventions d'urgence antérieures et mettre en place un organe d'archivage de l'information concernant les interventions d'urgence. Les recherches actuelles concernant les interventions d'urgence se font au moyen de la fonction de recherche de Google.

- Il est important d'aller au-delà du simple dialogue et de communiquer avec les régions et les municipalités pour signer les ententes où seront décrits les rôles des organismes des régions en cas d'intervention d'urgence.

- Les gens veulent intervenir individuellement dans les situations d'urgence. On devrait élaborer des trousseaux de sensibilisation qui expliqueraient en détail comment donc les gens peuvent intervenir à divers niveaux organisationnels en cas d'urgence. Ces trousseaux viseraient à éduquer les gens et à leur redonner confiance en leur capacité d'intervenir personnellement en cas d'urgence tout en respectant dans le cadre établi par leur organisation.
- Certains participants se sont dits préoccupés par le nombre d'acronymes des organismes d'intervention d'urgence présents dans la pièce. Ils ont dit qu'il faudrait donner plus d'information au sujet de ces organisations.

- Les plans dont il a été question au cours des deux derniers jours et les améliorations prévues doivent être mis en œuvre. Les organismes doivent examiner les interrelations actuelles, de même que celles qu'il faut établir.
- Il faut tenir compte des besoins des populations marginalisées dans les opérations d'intervention et de rétablissement, afin d'éviter que les plans n'accroissent les disparités actuelles en matière de santé.

entre autres choses. Le gouvernement canadien a levé les droits de douane. Les liens entre Halifax et la Nouvelle Angleterre étaient forts, de dire M. Scanlon. M^{me} Boyd a ajouté que bon nombre des donateurs des États-Unis étaient des Canadiens partis y travailler.

M. Webb a demandé à M^{me} Boyd et à M. Scanlon quel avait été le legs du secours subséquent à la catastrophe pour la Nouvelle Écosse. M^{me} Boyd a répondu que le recours à un leadership externe et le fait que la collectivité ne pouvait pas se faire entendre ont retardé le bien-être social en Nouvelle Écosse. Deux grandes leçons ont pu être tirées de l'explosion d'Halifax : la nécessité que la collectivité mette en place des mesures de réaménagement et favorise le leadership après une catastrophe, et la nécessité d'examiner les postulats sous-jacents au sujet des classes, des races et de la structure sociale, au moment de la préparation des plans d'intervention et des mesures d'urgence. M^{me} Boyd a dit qu'elle s'est interrogée sur les effets du syndrome de stress post-traumatique des enfants qui ont été placés de force dans des orphelinats, qui n'ont pas obtenu de counselling et à qui on a ordonné de « se secouer ». Elle a ajouté que, dans l'ensemble, le rétablissement avait été épouvantable. L'entrepreneur retenu a été victime d'ingérence, ainsi que d'un complot, de la part du gouvernement fédéral. M. Webb a demandé aux participants au groupe de discussion s'ils voulaient faire des commentaires à l'intention des représentants des organismes fédéraux dans la pièce. M^{me} Boyd a dit que les intervenants en cas d'urgence doivent s'interroger sur leurs propres hypothèses lorsqu'ils font des plans et qu'il est nécessaire d'approfondir les recherches sur les répercussions à long terme sur les survivants de catastrophe. M. Scanlon a dit qu'il reste encore beaucoup à faire sur le plan de la recherche et que l'explosion d'Halifax est une « mémoire vivante ». Il a dit qu'il avait parcouru les maisons de retraite de la province où il avait interviewé des survivants de l'explosion. Il a ajouté qu'il n'est jamais trop tard pour retourner en arrière et étudier les documents.

première dans les situations d'urgence. Par la suite, la Ville a mis au point un plan pour l'hébergement et l'accueil et a mis sur pied une morgue à l'école Chebucto. M. Scanlon a dit qu'Halifax s'était déjà occupée de morts au cours de l'épisode du Titanic et savait donc comment organiser les services dans une situation qui fait beaucoup de morts.

En réponse à une question sur la façon dont le leadership exercé par l'aide venue d'ailleurs avait touché la population, M^{me} Boyd a répondu que lorsque l'aide américaine est arrivée, on a enlevé la responsabilité de la gestion d'urgence à la population. Les gens de la partie nord de la ville, celle la plus durement touchée par l'explosion, n'avaient pas de mot à dire au sein du comité et de la commission qui avaient été constitués. Les gens étaient fâchés et n'aimaient pas le fait que d'autres prennent les décisions à leur place. M^{me} Boyd a dit que cela a eu pour effet de retarder le travail des services sociaux parce que les gens détestaient ces étrangers. Ils n'aimaient pas que des gens ayant des antécédents culturels et des valeurs qui diffèrent des leurs puissent leur dire quoi faire.

M. Scanlon a dit que les premiers intervenants sont venus d'autres villes des Maritimes, par exemple Truro et Moncton. La tempête de neige qui a immédiatement suivi l'explosion a immobilisé les trains dans le reste du Canada, de même qu'aux États-Unis. L'État du Maine a été particulièrement utile parce que le message envoyé à Halifax était le suivant : « De quoi avez-vous besoin? Nous vous l'enverrons. De quoi n'avez-vous surtout pas besoin? Nous l'arrêterons. »

Les bénévoles ont fait un travail extraordinaire avant l'arrivée des Américains à Halifax

48 heures après l'explosion. Mais la ville était dans un si piètre état qu'une personne arrivée 48 heures après les faits ne pouvait imaginer tout ce qui avait déjà été accompli. M^{me} Boyd a expliqué qu'étant donné que les femmes n'étaient pas reconnues sur le plan juridique à titre de personnes à l'époque, leur nom n'a pas été mentionné au sein des comités ou dans les comptes rendus, en dépit du fait que ce sont elles qui ont effectué, pour ainsi dire, tout le travail bénévole au cours des deux premières semaines. Il ajoute que leur travail est devenu presque invisible au cours des 90 dernières années.

M. Webb demande à M. Scanlon quelles ont été les principales difficultés des premiers intervenants. Il a répondu qu'il n'y avait pas d'organisation de mesures d'urgence, ni de service médical d'urgence. La police était corrompue et il y avait même un traficant d'alcool au sein de l'Union chrétienne des jeunes gens; enfin, tous les dirigeants principaux du service d'incendie avaient été tués dans l'explosion. Il n'y avait pas d'intervention d'urgence officielle, et bon nombre de médecins étaient prisonniers de leurs demeures, inondés de blessés. En conséquence, les hôpitaux ont manqué de personnel. Pour tout dire, les services d'urgence n'intervenaient tout simplement pas, a conclu M. Scanlon.

M^{me} Boyd a souligné qu'une petite ville de tentes a été construite sur des terrains publics d'Halifax, mais personne ne voulait s'y installer. Les tentes étaient peu solides et les survivants voulaient rester proches de leurs demeures au cas où des êtres chers disparus reviendraient. Les gens ne savaient toujours pas comment l'explosion s'était produite et ils craignaient que ce soit à la suite d'une attaque allemande qui, le cas échéant, pouvait être suivie d'une deuxième attaque. M^{me} Boyd a dit que les gens voulaient avant tout se sentir en sécurité.

Interrogée au sujet des interventions subséquentes à l'explosion, M^{me} Boyd a dit qu'il s'agissait d'un « contrôle social stratégique ». Elle a répété que les gens dans la partie nord que la ville étaient muets et que cela avait été à l'origine d'émeutes citoyennes. M. Scanlon a dit que des gens de Boston ont demandé aux femmes canadiennes de dire ce dont les familles d'Halifax avaient besoin : des meubles, des appareils de lecture braille, des orgues pour les églises,

ENTREVUE DÉBAT-CAUSERIE

EXPLOSION D'HALIFAX – LES LEÇONS RETENUES À L'ÉGARD
DU RÉTABLISSEMENT AU SEIN DE LA COLLECTIVITÉ

ANIMATEUR DE DÉBAT

M. John Webb
Directeur des services sociaux d'urgence
Ministère des services communautaires de la Nouvelle Écosse

PARTICIPANTS AU GROUPE DE DISCUSSION

Mme Michelle Hébert Boyd

Santé Canada

Auteur d'Enriched by Catastrophe

Professeur Joseph Scanlon

Professeur émérite et directeur, Centre de recherches en communications d'urgence
Université Carleton

JOHN WEBB a mentionné qu'en 2007 on soulignait le 90^e anniversaire de l'Explosion d'Halifax; il souhaitait discuter des leçons retenues à la suite de cet événement catastrophique. Il a précisé que bon nombre de ces leçons sont toujours valables de nos jours et qu'il y a beaucoup à apprendre de cette journée tragique.

M. Webb a demandé à **MICHELLE HÉBERT BOYD** quel genre de mesures d'intervention d'urgence étaient en place immédiatement après l'explosion. Elle a répondu qu'avant l'explosion, Halifax était une ville brutale. Il s'agissait d'un port maritime militaire dont la destinée dépendait des hauts et des bas de l'activité militaire. Les rues d'Halifax n'avaient pas de revêtement et les égouts étaient à ciel ouvert – un véritable cauchemar sur le plan de la santé publique.

Mme Boyd a dit que les programmes de bien-être social avaient de 20 à 30 ans de retard par rapport à ceux des autres villes nord-américaines, même en comparant Halifax à des villes de la même taille, par exemple, Winnipeg. Mme Boyd a décrit l'Halifax d'alors comme une collectivité d'organismes de bienfaisance et d'organisations rattachées aux églises complètement dépendantes du travail de bénévoles, sans structure de travailleurs sociaux comme il en existait dans d'autres villes. « Cependant, a-t-elle dit, au moment de l'explosion les organismes de bienfaisance avaient commencé à intégrer leurs services. »

M. Webb a demandé à **JOSEPH SCANLON** quelle avait été la première mesure d'intervention à la suite de l'explosion. M. Scanlon a répondu que la première intervention était venue des citoyens de la ville. Les casernes étaient sérieusement touchées et les militaires étaient occupés à s'occuper de leurs propres blessés. La plupart des hommes étaient à la guerre. Tous les hôpitaux de la ville avaient subi des dommages et plus de 2 000 incendies faisaient rage partout dans la ville.

Faisant observer que c'était les femmes et les passants qui s'étaient occupés des blessés au tout début, M. Webb a souligné que l'intervention non officielle est presque toujours la

REMERCIEMENTS

D^r David Hutton

Centre de mesures et d'interventions d'urgence
Agence de la santé publique du Canada

M. Tony J. Eden

Directeur, Ambulances et gestion des urgences sanitaires
Ministère de la Santé de la Nouvelle Écosse

LE D^r DAVID HUTTON a remercié la province de la Nouvelle Écosse de la réception donnée lundi soir. Il a souligné que l'esprit d'ouverture et l'accueil de la Nouvelle Écosse correspondaient bien à l'intention du Forum national, et il a remercié les hôtes de leur contribution à cette réussite.

TONY J. EDEN a remercié l'équipe de la Nouvelle Écosse d'avoir fait en sorte que le séjour de chacun en Nouvelle Écosse soit agréable. Il a parlé brièvement de l'histoire des crieurs publics en Nouvelle Écosse et a remis une cloche d'époque au D^r Hutton, cadeau de la Nouvelle Écosse au Forum national.

Le D^r Hutton a remercié particulièrement le D^r Ronald St. John en soulignant qu'il avait la vision et l'engagement qu'il fallait pour lancer le premier Forum national il y a cinq ans, et pour continuer de donner une vision et d'assurer le leadership nécessaire à l'extérieur du gouvernement.

Le D^r Hutton a remercié M. Eden et Dennis Davis de leur engagement auprès du Groupe d'experts sur les mesures et les interventions d'urgence et du Conseil des directeurs responsables de la gestion des urgences sanitaires.

Au sujet de l'organisation du Forum national, le D^r Hutton a remercié tout particulièrement Louise Vachon, Tina Mackell, Ann Clemenson, Christine Armstrong et Patti Carson.

QUESTION 1

Quelles sont, selon vous, les trois grandes priorités pour l'élaboration d'un programme canadien d'activités de rétablissement?

QUESTION 2

Y a-t-il une activité immédiate que vous pourriez entreprendre au cours de la prochaine année afin de contribuer au programme pancanadien d'activités de rétablissement?

- Les participants ont mentionné ce qui suit :
- Un programme d'activités de rétablissement doit comprendre tout le spectre des questions auxquelles les individus et les collectivités font face : questions financières, questions d'affaires et questions concernant les moyens de subsistance, les questions familiales et sociales, de même que les questions affectives et psychologiques.
 - Un programme d'activités de rétablissement doit aussi tenir compte des conséquences différentes des divers types d'incidents, notamment les catastrophes naturelles, les événements déclenchés par les humains ou par la technologie, les épidémies de maladies infectieuses et les actes de terrorisme.
 - Il est nécessaire d'examiner les conséquences des urgences sur les différents groupes de personnes, ainsi que leurs besoins différents aux fins du rétablissement. Il est possible que certaines personnes soient plus à risque que d'autres – à titre d'exemple, les personnes handicapées, les personnes âgées fragiles, les familles monoparentales et les nouveaux venus au Canada.
 - On a également attiré l'attention sur les questions particulières communes à bon nombre de collectivités des Premières nations et inuites. Parmi ces aspects, il y a l'éloignement des collectivités, les disparités des soins de santé offerts, et l'accès aux ressources, de même que les différences sociales et culturelles.
 - On reconnaît que les questions liées au rétablissement doivent également tenir compte des premiers intervenants et du personnel de santé, sur qui elles peuvent avoir de lourdes conséquences personnelles et familiales.
 - Dans un même souffle, les participants ont souligné le fait que les individus et les collectivités dans leur ensemble sont plutôt résilients. Ce concept doit être mieux défini et intégré à la planification du rétablissement et de la gestion des urgences.
 - Les participants ont également reconnu que le rétablissement est un processus de collaboration, qui engage à la fois les gouvernements et les organismes non gouvernementaux, mais également les collectivités elles-mêmes. L'intégration des personnes touchées est un élément essentiel pour aider les gens à refaire leur vie.
 - Dans l'immédiat, la nécessité d'inventorier les recherches, les politiques et les pratiques existantes a été établie comme démarche essentielle dans le cadre de l'élaboration d'un programme canadien d'activités de rétablissement. Un tel inventaire devrait permettre de cerner les lacunes, de même que les mesures prioritaires.
 - Tous ont convenu que cela devrait constituer un processus de collaboration entre les secteurs, de façon à assurer que les questions cernées et les actions prioritaires tiennent compte de l'ensemble des besoins en matière de rétablissement.

DISCUSSIONS EN PETITS GROUPES ET COMPTES RENDUS

ANIMATEUR DE DÉBAT

M. Don Shropshire

Directeur national, Gestion des catastrophes

Société canadienne de la Croix Rouge

Président, Conseil des directeurs du secteur bénévole chargés des situations d'urgence

PARTICIPANTS AU GROUPE DE DISCUSSION

M. Andrew Latham

Directeur, Programmes d'urgence

Bureau de gestion des urgences de la Nouvelle Écosse

M. David Brown

Spécialiste des services sociaux d'urgence/coordonnateur du rétablissement

Programme provincial d'urgence de la Colombie Britannique

M. Murray Colverson

Directrice des Soins patients et de qualité

Hôpital North York General

L'ANIMATEUR DU DÉBAT, DON SHROPSHIRE, a demandé aux participants au groupe

de discussion de dire un dernier mot sur la question du rétablissement. **ANDREW LATHAM** a dit que toutes les catastrophes ont des points communs, notamment l'importance de tirer des enseignements de l'expérience de nos prédécesseurs et de comprendre que le travail qui attend les intervenants est colossal.

DAVE SCOTT a souligné l'importance de collaborer avec les ONG avant que les catastrophes se produisent, ainsi que d'avoir accès à une aide financière en cas de catastrophe, un mécanisme qui permet de remettre des fonds rapidement aux victimes pendant le passage de l'intervention au rétablissement. Il a souligné l'importance de tirer profit des connaissances locales et d'éviter une approche descendante en matière de gestion lorsque l'on aide les citoyens touchés. M. Scott a dit qu'une stratégie nationale de rétablissement après la catastrophe est nécessaire et que le rétablissement peut être vu de façon positive, comme une occasion de reconstruire.

M. Shropshire a demandé aux participants de penser aux allocutions prononcées par les participants au groupe de discussion et de déterminer quels éléments sont les plus importants dans le cadre de l'élaboration d'un programme de recherche canadien sur le rétablissement. Pour orienter la discussion, il a soumis aux participants deux questions à examiner au cours de leurs délibérations :

Au sommet de l'activité du virus, un microbiologiste a dit au président de l'hôpital que North York General contenait plus de cas de contamination au virus qu'il n'en avait vu dans toute l'Amérique du Nord. Il recommanda la fermeture de l'hôpital. On a créé une grande unité de soins intensifs, ainsi qu'une salle à « pression négative ». On a renvoyé autant de patients non atteints du SRAS que possible, au cours de la première semaine, et les patientes en obstétrique ont été redirigées vers d'autres hôpitaux. La moitié des patients atteints du SRAS à ce moment faisaient partie du personnel de l'hôpital. Malgré leurs craintes, plus de 120 employés se sont portés volontaires pour travailler dans les unités du SRAS, que l'on appelait les unités MASH (hôpital militaire de campagne).

M^{me} Schwartz a dit que l'émotion que ressentait les personnes qui devaient s'occuper de leurs amis et de leurs collègues était indescriptible. Des infirmières et des médecins endurcis étaient en larmes. Certains des bénévoles ont offert des services de buanderie et de nettoyage, se sont occupés de promener les chiens et de faire remplir les ordonnances. Une station d'essence Petro Canada fournissait de l'essence gratuite, et une entreprise de taxis offrait de transporter le personnel. Des groupes de soutien de l'entourage, des séances de counselling spirituel et des lignes ouvertes ont été mis en place et on a créé un fonds pour offrir des soins de compassion. Le personnel a dû consentir de nombreux sacrifices au cours de cette période, notamment le fait de renoncer à assister à des remises de diplômes, à des mariages et à des funérailles.

Parmi les leçons retenues, il y a la reconnaissance de la capacité d'innover et de l'acceptation du changement, et l'élaboration des systèmes de communication nécessaires au rétablissement de la confiance à l'égard du leadership et du règlement des différends.

M^{me} Schwartz a dit qu'au cours de la crise, « on s'est rendu compte des qualités bien réelles des travailleurs de première ligne : ils sont courageux et compétents, et sont de réels leaders ». Depuis, l'hôpital a changé complètement la culture qui encourageait le personnel à venir travailler même malade. L'expérience du SRAS a ébranlé la mentalité de commandement et de conduite des opérations; les cadres de l'organisation ont commencé à amorcer le processus de changement. La communication ouverte, franche et opportune est devenue une priorité. On est plus sensible aux maladies infectieuses.

Une autre priorité est le fait d'assurer l'existence des systèmes de soutien nécessaires et la reconnaissance continue des répercussions du SRAS. La sensibilisation est devenue une priorité et des programmes complets sont élaborés pour sensibiliser le personnel, de façon à constituer une capacité de leadership, notamment en ce qui concerne les interventions d'urgence.

Les flammes atteignant une hauteur de 100 pieds, l'incendie a détruit 223 maisons et a continué de franchir les coupe-feu jusqu'à Kelowna, 130 milles plus loin. Les résidents, dont la plupart étaient assurés, ont assisté, impuissants, à la progression de l'incendie aux abords de leur ville. Quelque 1,4 million de dollars ont été recueillis pour le rétablissement de la collectivité, et 11 demeures non assurées ont brûlé. L'incendie de Kelowna a entraîné un boom de la construction de maisons haut de gamme.

Parmi les leçons tirées, M. Scott a dit qu'il était nécessaire de respecter une certaine hiérarchie dans les responsabilités, au sommet de laquelle se situe l'administration locale. Il faut aussi se rappeler que la planification du rétablissement doit démarrer en même temps que l'intervention d'urgence.

La collectivité, composée surtout de propriétaires de ranchs, était résiliente. « Ils ont besoin d'aide, mais ils peuvent en faire beaucoup par eux-mêmes, a dit M. Scott. Ils n'ont pas besoin d'être pris en charge. »

Les interventions des ONG étaient bien coordonnées, parce qu'au cours des 14 dernières années, le Programme provincial d'urgence de la Colombie Britannique a mis au point un formulaire standard commun que les gens peuvent remplir pour avoir accès à l'aide offerte par tous les organismes.

Au cours du passage de l'intervention au rétablissement, nombreux ont été les besoins auxquels on n'a pu répondre, de rappeler M. Scott. À Kelowna, on a remis 1 000 \$ par personne, pour aider à l'acquisition des factures. Il s'est également appelé l'arrivée massive des représentants de médias de partout dans le monde. Cela a dépassé les agents d'information publique, qui ont souffert psychologiquement, parce qu'on ne leur a pas donné l'appui nécessaire.

Pour terminer, M. Scott a souligné l'importance du leadership de l'administration locale, la nécessité de reconnaître la résilience des collectivités, le besoin pour les gens d'exiger des monuments commémoratifs pour les êtres chers, l'importance de coordonner les activités des ONG, le soutien provincial aux collectivités et la nécessité d'imbriquer les services pour le passage de l'intervention au rétablissement.

RHONDA SCHWARTZ a donné un aperçu instantané de l'Hôpital North York General, un hôpital d'enseignement communautaire de 400 lits servant 400 000 personnes. L'an dernier, il y a eu 100 000 patients en urgence, on a accueilli 200 000 patients externes et il y a eu 6 000 naissances.

« Le SRAS a mis trois ans à se déplacer de l'Asie vers l'Europe de l'Ouest, a dit M^{me} Schwartz, et uniquement quelques heures pour arriver à l'Hôpital North York General, en provenance de Hong Kong ». En 130 jours, de mars à juillet 2003, l'hôpital a traité 117 patients atteints du SRAS, dont 10 sont décédés, parmi lesquels une employée de l'hôpital. Revêtus de l'équipement de protection, les membres du personnel ressemblaient davantage à des policiers anti-émeutes qu'à des dispensateurs de soins de santé. Sept mille personnes ont été mises en quarantaine, dont 4 000 employés. L'hôpital a déclaré une quarantaine de 10 jours, au cours de laquelle les employés n'ont pas pu aller nulle part ailleurs. Ils portaient des masques à la maison, dormaient et mangeaient seuls et ne pouvaient partager d'articles personnels. On recommandait les douches dans la même salle de bain, et le lavage de leurs vêtements avec ceux d'autres personnes; le transport en commun était déconseillé.

M^{me} Schwartz a dit qu'au travail, la réalité était abominable; il était très difficile de se dire que l'on devait soigner son propre personnel. Elle a ajouté que rien n'avait préparé le personnel au décès d'une infirmière; les travailleurs de la santé n'avaient jamais pensé risquer la mort dans l'exercice de leurs fonctions.

donner lieu à une poursuite au civil. M. Lathem a fait remarquer que des éléments du rétablissement ne se produiront jamais de notre vivant, en donnant comme exemple la restauration du parc de Point Pleasant à Halifax, à la suite de l'ouragan Juan. Au deuxième jour des activités sur les lieux de l'écrasement de la Swissair, M. Lathem et ses collègues se sont mis à utiliser le terme « recherche et rétablissement » plutôt que « recherche et sauvetage ». Une des grandes leçons qu'il a tirées, c'est que les membres des familles qui survivent viennent toujours en premier.

Le processus de rétablissement a été guidé par les 800 heures d'enregistrement vidéo sous marine. Cette entreprise s'est terminée en 2000, deux ans après la catastrophe. Au moyen d'une drague aspirante, d'un aspirateur aquatique et d'un appareil photographique sous-marin, l'équipe du rétablissement a été en mesure d'apercevoir des bijoux et d'autres objets personnels, sur le plancher océanique. Munie d'un appareil-photo et d'un transpondeur, l'équipe a recueilli des bagues et d'autres articles ayant une grande importance pour les membres des familles.

On a construit un étang de retenue et un évacuateur pour pomper le matériel du plancher océanique à partir du bateau. Ce matériel a ensuite été passé au tamis, pour récupérer les articles personnels des victimes. Cette partie de l'opération a coûté 5 millions de dollars. M. Lathem a dit qu'il ne faut jamais sous-estimer l'incroyable intelligence des Canadiens et leur capacité d'arriver à leurs fins. Il a ajouté que parce qu'une partie de l'enquête est terminée, cela ne veut pas dire que toutes les familles dans le deuil sont capables d'accepter le décès de leurs proches.

Le secteur du travail de récupération était chauffé et, bien équipé, les activités étaient bien organisées, et les travailleurs avaient le temps de reprendre leur souffle. Le processus consistait à cataloguer et à classer par catégories 20 000 livres de restes humains, qui ont été identifiés au moyen d'analyses biologiques.

DAVE SCOTT a commencé sa présentation sur la tempête de feu de 2003 en disant que parmi les 2 500 incendies de cet été-là, deux se sont produits dans la vallée de l'Okanagan dans l'intérieur sud de la Colombie Britannique. À cause de ces incendies, 260 000 hectares ont brûlé, 45 000 personnes ont été évacuées, 334 maisons ont été détruites et 700 millions de dollars ont été engagés en coûts directs.

Dans l'incendie qui a englouti McLure, Barrière et Louis Creek, en Colombie Britannique, à une demi heure de voiture de Kamloops, 72 maisons ont été endommagées ou détruites. Dans ce secteur d'exploitation bovine, de larges portions de clôtures ont été perdues et neuf entreprises ont été détruites. Les pompiers ont dû évacuer la région en raison du danger. Louis Creek a presque été anéanti et deux parcs pour caravanes et une scierie à Barrière ont été détruits. Deux cents emplois directs ont été perdus dans la scierie, semant la dévastation économique dans la collectivité. Presque la moitié des maisons, principalement celles occupées par des personnes âgées, n'étaient pas assurées.

La Croix Rouge, l'Armée du salut et les services mennonites d'intervention en cas de catastrophe ont travaillé conjointement avec plus de 200 bénévoles pour reconstruire 25 maisons non assurées et refaire 150 milles de clôture. Un fonds d'aide de 3,4 millions de dollars a été créé et la province de la Colombie Britannique a remis 2 millions de dollars en subventions pour difficultés exceptionnelles.

Lorsque les éclairs ont causé un incendie de forêt non loin de Kamloops, 30 000 résidents ont été évacués – l'évacuation la plus importante de la Colombie Britannique jusqu'alors.

GROUPE D'EXPERTS

RECONSTRUIRE APRÈS LES CATASTROPHES – DÉTERMINER LES BESOINS ET LES PRIORITÉS EN MATIÈRE DE RÉTABLISSSEMENT

ANIMATEUR DE DÉBAT

M. Don Shropshire

Directeur national, Gestion des catastrophes
Société canadienne de la Croix Rouge

Président, Conseil des directeurs du secteur bénévole chargés des situations d'urgence

PARTICIPANTS AU GROUPE DE DISCUSSION

M. Andrew Lathem

Directeur, Programmes d'urgence
Bureau de gestion des urgences de la Nouvelle Écosse

M. Dave Scott

Spécialiste des services sociaux d'urgence/Coordonnateur du rétablissement
Programme provincial d'urgence de la Colombie Britannique

M^{me} Rhonda Schwartz

Directrice de Soins patients et de qualité
North York General Hospital

L'ANIMATEUR DU DÉBAT, DONALD SHROPSHIRE, a présenté le groupe d'experts et a expliqué qu'il s'agissait d'examiner les divers aspects du rétablissement afin d'animer une discussion plus large des participants sur le développement d'un programme canadien d'activités de rétablissement.

ANDREW LATHEM s'est présenté comme l'agent ayant eu la responsabilité d'enquêter sur la catastrophe du vol 111 de la Swissair à Peggy's Cove, Nouvelle Écosse. M. Lathem a dit qu'il était fier de représenter les centaines d'hommes et de femmes des diverses organisations qui sont intervenus à la suite de la catastrophe. Il a dit qu'il avait promis aux membres des familles des victimes qu'il ne serait jamais complice de ce qui pourrait faire en sorte qu'ils soient de nouveau victimes, par l'utilisation de l'information liée à la catastrophe.

La gestion des urgences va habituellement de la préparation des mesures d'atténuation, à l'intervention et ensuite, au rétablissement. Dans ce cas, les trois étapes se sont présentées simultanément. Alors que le mot « rétablissement » signifie habituellement « rétablir les conditions normales d'avant l'urgence », dans le domaine de la santé, ce n'est pas le cas – bien que le public voudrait que ce le soit. M. Lathem a demandé où commençait et où finissait le rétablissement, en donnant comme exemples la tempête de verglas au Québec en 1998 et l'ouragan Katrina à La Nouvelle Orléans.

M. Lathem a expliqué que les gens qui sont déjà marginalisés dans une structure sociale, seront encore plus durement touchés en raison de leur situation socio-économique et de leurs besoins particuliers. Si le rétablissement ne répond pas aux attentes des gens, il peut

- Les services des diverses ONG n'étaient pas coordonnés, de sorte que les membres des familles devaient s'adresser à de multiples organismes différents.

Parmi les leçons retenues, M. Thompson mentionne ce qui suit :

- Les organismes d'aide doivent mettre en commun leur information et leurs logiciels.
- Les membres des familles devaient être tenus à l'écart des médias.
- Il convient d'être honnête en tout temps avec les familles.
- Il faut ramener les attentes des familles à des niveaux réalistes.
- Il ne faut pas hésiter à être direct et à opposer un refus.
- Les secouristes doivent comprendre qu'ils ne peuvent pas régler la situation d'un membre d'une famille. Il faut l'aider à survivre au moment présent.
- Chacun vit sa peine différemment.
- Il faut offrir des choix aux membres des familles.
- Il faut obtenir le soutien de l'entourage.
- Les soins de santé mentale sont très importants pour les membres des familles et les travailleurs, ainsi que pour les gens des médias qui subissent des traumatismes indirects en raison des images qu'ils voient.
- Les répondants ont besoin d'aide.
- Il faut mettre au point un plan précis en prévision d'actes terroristes.

Au moment des événements du 11 septembre 2001, des centres d'accueil temporaires offraient sur place une aide aux secouristes, par exemple un fauteuil inclinable, la télévision, de la nourriture et la distraction d'un film.

On doit prévoir la cessation du soutien aux familles. Au cours des procès, les familles des victimes doivent savoir quelles preuves possède le procureur et elles doivent être préparées à l'éventualité d'un acquittement.

Pour terminer, M. Thompson a dit qu'à travers le désespoir, on voit malgré tout de belles choses. Tous, nous avons à vivre des tragédies, mais tout dépend de la façon dont nous les abordons. En sensibilisant les autres, nous apportons notre petite contribution à ce monde.

Un participant a demandé à quel point les services des psychologues, des travailleurs sociaux et des membres du clergé avaient répondu aux besoins des membres des familles. M. Thompson a répondu qu'à Oklahoma City, tout le monde voulait s'en mêler. La question est de savoir qui a les fonds voulus pour mettre les mesures nécessaires en place.

Un autre participant a demandé comment l'accès au centre était contrôlé. La police militaire surveillait le périmètre à Oklahoma City. À cette époque antérieure aux téléphones numériques, au début, les médias écoutaient les conversations des membres des familles sur les téléphones analogiques. Les insignes étaient changés tous les jours, pour qu'il ne soit pas possible de les copier.

Un représentant de la Croix Rouge canadienne a demandé quel type de soutien à long terme aurait pu être offert aux familles. « À Oklahoma City, tout s'est bien déroulé, a répondu M. Thompson, la Croix Rouge assurant un suivi pendant 12 ans – ce qu'elle ne fera pas de nouveau, cependant. » Il a ajouté qu'à New York, il échangeait de l'information avec le gestionnaire de la Croix Rouge chaque après midi.

entre les membres du clergé et la municipalité, pour permettre au clergé de mieux comprendre les questions en cause et leur rôle.

En abordant le sujet des répercussions à long terme sur les survivants, M. Thompson a dit qu'immédiatement après les événements du 11 septembre 2001, 70 cas environ ont dû être ouverts à Oklahoma City, en raison des effets que produisaient les images du site de la catastrophe, reprises en boucle par la télévision. Aujourd'hui, 20 cas sont toujours ouverts. La Croix Rouge continue d'aider ces personnes.

Au moment des attaques contre le World Trade Centre et le Pentagone, M. Thompson travaillait comme gérant général chez un concessionnaire de voitures et siégeait au conseil consultatif du Oklahoma City National Memorial Institute for the Prevention of Terrorism (Institut commémoratif national d'Oklahoma City pour la prévention du terrorisme). À sa suggestion, des membres des familles des victimes du 11 septembre 2001 ont communiqué avec des survivants d'Oklahoma City par l'intermédiaire du site Web de l'Institut. À la suite d'un contact électronique entre M. Thompson et une femme qui avait perdu sa mère dans le World Trade Centre, il s'est rendu à New York où il a travaillé comme bénévole auprès de la Croix Rouge, pour aider cet organisme à donner les soins nécessaires aux membres des familles.

M. Thompson a fait partie des 15 membres des familles d'Oklahoma City qui se sont rendus à New York en équipes de trois, tous les sept jours, pendant 50 jours. Parmi les organismes ayant aidé les membres des familles éprouvées par les événements du 11 septembre 2001, on comptait la Croix Rouge américaine, le bureau du maire, l'Armée du salut, le clergé, des intervenants en santé mentale, les centres de commandement de cinq États, les services de police, le bureau pour les victimes de crime et l'American Society for the Prevention of Cruelty to Animals. Le centre d'aide aux familles a fourni un accès à la messagerie électronique, des divans, des services de garde d'enfants et des massages thérapeutiques qui se sont révélés « extrêmement populaires », tant chez les membres des familles que chez les travailleurs. M. Thompson a qu'il travaillait à amener des membres des familles à accepter l'aide d'intervenants en santé mentale.

Contrairement à ce qui s'est passé à Oklahoma City, bon nombre des victimes du 11 septembre 2001 n'ont jamais été identifiées, de sorte que le processus suivi pour les certificats de décès a été différent. Des certificats de décès étaient remis aux membres des familles s'ils étaient prêts à les recevoir. Le fait d'avoir un certificat de décès permet aux membres de la famille de s'occuper d'un bon nombre de questions, par exemple des créances et de l'assurance. Comme bon nombre de corps n'ont jamais été récupérés, un peu de terre provenant du World Trade Centre a été déposé dans des urnes. M. Thompson a expliqué que, pour certaines personnes, s'il n'y a rien à enterrer, c'est comme si votre être cher n'était pas vraiment mort. En tout, 6 000 urnes ont été remises aux membres des familles des 2 850 personnes qui sont décédées à la suite de l'attaque. Le fait de faire venir les membres des familles à Ground Zero a permis à ces derniers de se rendre compte qu'il n'y avait pas de survivants. Vu le très grand nombre de victimes, il n'y a pas eu d'avis de décès. Les séances d'information n'étaient pas possibles, en raison du fait que l'ensemble des familles parlaient 22 langues différentes.

M. Thompson a dressé la liste de certaines des choses qui n'ont pas fonctionné :

- Au tout début, chaque personne touchée par l'attaque a reçu un insigne portant l'inscription « membre d'une famille ». M. Thompson a dit que cela avait été une « grosse erreur », parce que les gens ne savaient pas à qui ils s'adressaient. Après deux semaines, le centre a créé deux insignes : « membre d'une famille » et « services de soutien ».
- Des groupes de défenseurs étaient dans le centre, ce qui n'était pas approprié; les membres des familles et les personnes déplacées auraient dû se trouver dans des endroits différents.

Les membres des familles avaient besoin de nourriture, de téléphones cellulaires, de premiers soins, d'avis de décès et de lecture. Des affiches signées ont afflué de partout dans le monde avec des messages d'encouragement, et M. Thompson a dit que le livre qu'il lisait à ce moment là, *When Bad Things Happen to Good People* (lorsque des épreuves touchent d'innocentes victimes) l'a aidé énormément au fil des ans. Il a dit qu'il était crucial d'offrir des choix aux membres des familles.

M. Thompson a dit que les séances d'information quotidiennes à 9 h 30 et à 15 h 30 étaient extrêmement utiles. Le porte-parole du bureau des examinateurs médicaux faisait le point à l'intention des membres des familles et répondait à leurs questions avant de se rendre à l'extérieur pour s'adresser aux médias. « Nous avons toujours le récit des événements en premier, de sorte que nous n'avions pas à voir les images à la télévision », a dit M. Thompson. Le jour de l'attentat à la bombe, le centre d'aide aux familles a ouvert à 17 h. Lorsqu'il est arrivé, à 19 h, M. Thompson a vu immédiatement un homme portant un insigne d'entrepreneur de pompes funèbres. Il a dit qu'il n'était pas prêt à cela, car il était toujours à la recherche de ses êtres chers. Par la suite, l'inscription sur l'insigne a été changée pour y lire « Services de soutien à l'examinateur médical ».

M. Thompson a dit que les services de garde étaient insuffisants. Il faudrait que les membres des familles puissent donner des détails permettant d'identifier les êtres disparus, tels que des tatouages ou du vernis sur les ongles d'orteils, sans que les enfants soient présents. Il est également important de savoir que les enfants sont en sécurité et qu'ils ne regardent pas la télévision.

Rétrospectivement, M. Thompson a dit qu'il ne recommanderait pas d'installer un centre dans une église, en raison du dérangement que cela cause aux paroissiens – à un moment où ils ont besoin d'un lieu de culte.

Les membres des familles recevaient les avis de décès du bureau de l'examinateur médical, à l'écart, dans une pièce à part. Des professionnels de la santé mentale, représentants de l'Association des entrepreneurs de pompes funèbres, du clergé, de la Croix Rouge et de l'Armée du salut étaient également présents.

Après 16 jours d'activités de rétablissement, deux victimes ont dû être laissées à l'intérieur de l'immeuble Murrah Federal, en raison du fait que les efforts des secouristes étaient jugés risqués vu l'instabilité de l'immeuble. Aides du chef des pompiers, M. Thompson et son frère ont déposé des fleurs pour leur mère, à l'intérieur du périmètre délimité par un ruban de criminalistique, avant que l'on fasse implorer l'immeuble au moyen de 110 livres de dynamite. L'immeuble s'est effondré en un amas de décombres, permettant la récupération éventuelle de toutes les victimes. La dépouille de Virginia Thompson a été récupérée 43 jours plus tard.

Environ 190 livres de tissus humains non individualisés ont été gelés et conservés au bureau de l'examinateur médical pendant cinq ans, pour servir de preuve au procès de Timothy McVeigh. Lorsque les tissus ont été libérés, 168 familles ont eu à décider de la façon d'enterrer les dépouilles. M. Thompson se rappelle que c'était probablement une des choses les plus difficiles qu'il ait eues à accomplir. Les tissus non individualisés ont été enterrés dans un bosquet donné par l'État de l'Iowa. L'endroit précis de cet enterrement n'a pas été dévoilé, par crainte de profanation par des sympathisants de McVeigh.

Des représentants du clergé de toutes les églises des victimes étaient présents pour soutenir les familles. Le prêtre de la mère de M. Thompson est resté à ses côtés pendant les 17 jours, ce qu'il a trouvé incroyablement bénéfique. Il a suggéré l'amélioration de la communication

DISCOURS-PROGRAMME

RÉTABLISSEMENT APRÈS UNE CATASTROPHE – LEÇONS TIRÉES D'OKLAHOMA CITY ET DE NEW YORK

M. Ken Thompson

Ancien directeur, Affaires étrangères

Oklahoma City National Memorial Institute for the Prevention of Terrorism

(Institut commémoratif national d'Oklahoma City pour la prévention du terrorisme)

KEN THOMPSON a dit qu'il n'avait pas de lien avec le secteur des services, ni d'expérience du travail au sein d'organismes gouvernementaux. Il fonde ses observations sur son expérience personnelle à la suite de l'attentat à la bombe ayant visé un immeuble de neuf étages, l'Alfred P. Murrah Federal Building, à Oklahoma City.

« Une des leçons tirées est qu'un tel événement peut se produire même dans une ville d'une population inférieure à un million de personnes », a dit M. Thompson.

L'attentat à la bombe du 19 avril 1995 était la plus grave attaque contre des civils de toute l'histoire des États-Unis, à l'époque. La bombe, composée de 4 800 livres de nitrate d'ammonium et de fuel-oil, a fait voler les vitres en éclat dans un rayon de 12 pâtés de maisons et a été entendue à 50 milles à la ronde. Au total, 842 personnes ont été tuées ou blessées, 167 ont été tuées dans l'explosion – dont 19 enfants.

M. Thompson a fait remarquer que bon nombre d'ambulances ont transporté les victimes à l'hôpital le plus proche, même si on leur avait demandé de les amener à des hôpitaux 20 milles plus loin. Cinq cent quarante-neuf victimes ont été traitées dans 18 hôpitaux, 233 victimes ont consulté des médecins personnels et 462 se sont retrouvées sans logis. Un immeuble à appartements pour personnes âgées, adjacents à l'immeuble Murrah Federal a été évacué, grossissant pendant quelque temps les rangs des sans abri.

M. Thompson dit qu'après une attaque, ce sont les membres des familles qui créent probablement le plus de problèmes. Ils surchargent les systèmes de téléphonie en tentant de joindre leurs êtres chers et ils courent sur les lieux de la catastrophe et franchissent le périmètre de sécurité; ils parcourent aussi les hôpitaux locaux à la recherche de leurs êtres chers.

Dans un hôpital local où les membres des familles des victimes se regroupaient, le personnel de l'hôpital a disposé du papier de boucherie sur les côtés de la pièce, pour que les gens voient seulement les personnes qu'on savait encore vivantes. L'identité des victimes vivantes était inscrite sur du papier de boucherie pour aider les familles à repérer les survivants. La pire chose que pouvait faire un membre d'une famille était d'allumer son poste de télévision, a dit M. Thompson.

À Oklahoma City, un centre pour les familles a été mis sur pied dès le premier jour. L'Oklahoma Family Assistance Centre, coordonné par la Croix Rouge, a été ouvert pendant 17 jours dans une église de la First Christian Church. L'aide est aussi venue du clergé, du bureau de l'examinateur médical, d'entrepreneurs de pompes funèbres, de professionnels de la santé mentale, de médecins, d'infirmières et de l'Armée du salut. M. Thompson a dit que le clergé s'était montré « incroyablement utile ».

DISCOURS D'OUVERTURE DU JOUR DEUX

Dr David Hutton

Centre des mesures et des interventions d'urgence
Agence de la santé publique du Canada

LE Dr DAVID HUTTON a présenté le programme de la journée et a dit aux participants qu'au cours de la matinée, on se concentrerait sur le rétablissement, et au cours de l'après-midi, sur la façon de traduire les « leçons observées » en « leçons retenues ». On vise à faire en sorte que les participants au Forum en repartent avec une idée claire des objectifs sur lesquels se concentrer au cours de la prochaine année.

En présentant le premier conférencier de la journée, Ken Thompson, le Dr Hutton a rappelé aux participants que le but ultime de la gestion des urgences est de veiller à la sécurité et à la santé des personnes touchées. Il a souligné que le Forum national de 2006 se concentrerait sur la capacité de résilience – le fait de voir les gens comme faisant partie de la solution, plutôt que du problème.

Il a dit que les gens et les familles pouvaient apporter beaucoup et qu'il fallait trouver des façons d'accroître leur participation de façon tangible. Il a dit qu'il n'y avait peut-être personne de mieux placé que M. Thompson pour parler de cette réalité.

- Principaux points à examiner :
- Etablissement de rapports entre les administrations et les organisations, avant les événements.
 - Activités favorables à la création de rapports de confiance entre les administrations et les organismes.
 - Compréhension des conséquences sur le plan législatif et juridique des divers types d'incidents.
 - Etablissement de canaux de communication dotés des attestations de sécurité appropriées.
 - Protocoles clairs établissant quand l'information sera communiquée (et quand elle ne le sera pas).
 - Compatibilité des plates-formes permettant la collecte de renseignements et la prise de décisions.
 - Désignation d'agents dignes de confiance dotés des attestations de sécurité nécessaires, aux divers ordres gouvernementaux, afin de faciliter la communication des renseignements classifiés.
 - Canaux de communication, à la fois ascendante et descendante, de l'information.
 - Interopérabilité et standardisation des protocoles et des mécanismes de communication de l'information.
 - Elaboration de modules de formation communs, favorables à un échange de renseignements plus cohérent.

QUESTION 2

Quels sont les obstacles à la communication de l'information?

Les participants ont discuté des attestations de sécurité, des obstacles engendrés par les processus, des obstacles organisationnels et culturels et des obstacles imaginaires – obstacles qui n'existent peut-être pas. Ils ont dit que les obstacles se présentent lorsqu'il n'y a pas suffisamment de confiance et d'intégration et que les rapports ne sont pas assez étroits.

Principaux points à examiner :

- La communication de l'information peut dépendre de la nature de l'événement : criminelle, sécuritaire ou sanitaire.
- On craint que la communication d'information ne mette des enquêtes en péril.
- Questions juridiques et législatives.
- Craintes que cette information soit communiquée à des sources « à qui on ne fait pas confiance ».
- Frontières organisationnelles rigides et droits de propriété de l'information.
- Absence de structure d'intervention collective d'urgence.
- Absence de planification intégrée, y compris dans la terminologie.
- Mauvaise compréhension des rôles et compétences, et des protocoles de communication de renseignements des nombreux organismes participants.
- La formation et l'attestation de sécurité des intervenants ne sont pas les mêmes pour l'ensemble des administrations et des organismes participant à l'intervention.
- Manque d'occasions de découvrir au cours d'exercices collectifs les politiques et les protocoles qui empêchent l'échange de renseignements, et de régler ces difficultés.
- « Politisation » des incidents et des interventions.
- Obstacles culturels et linguistiques, notamment dans le cas des collectivités des Premières nations et inuites.
- Questions liées aux domaines de compétence et à l'autonomie gouvernementale, en particulier dans le cas des collectivités des Premières nations et inuites.

QUESTION 3

Qu'est-ce qui doit être fait pour abolir les obstacles à la communication de l'information?

Selon les participants, il faut établir des rapports à la fois pendant les urgences et après. Ils ont suggéré un processus de préautorisation d'attestation de sécurité et ils ont souligné la nécessaire reconnaissance mutuelle des attestations de sécurité des organismes. Les participants ont recommandé des analyses post-incident. Ils ont évoqué la paranoïa entourant la communication d'information aux médias, en raison des risques de poursuites, et ils ont parlé de la nécessité que les preneurs de décision supérieurs demeurent en poste suffisamment longtemps pour avoir le temps d'établir des rapports de confiance mutuelle.

CAFÉ PLANÉTAIRE

COMPTE-RENDU ET DISCUSSION SOUS LA CONDUITE D'UN MODÉRATEUR

L'ANIMATRICE DE DÉBAT, PATTI CARSON, a expliqué la formule de café planétaire, retenue entre autres pour mettre à contribution le grand nombre de personnes compétentes et enseignées dans la pièce et discuter de questions capitales liées à la communication de renseignements, mises en lumière par le groupe d'experts précédent. On a posé aux participants trois questions sur la transmission protégée et non protégée de renseignements entre les systèmes.

QUESTION 1

Quels types de renseignements doivent être mis en commun, et quand cette mise en commun doit-elle se faire?

Les participants ont dit qu'il faudrait établir d'avance des processus et des conditions pour la transmission de divers types de renseignements. L'échange de renseignements est un processus bidirectionnel, et l'information doit circuler dans les deux directions entre les systèmes. En ce qui concerne les professionnels de la santé, les participants ont dit que si l'information relative à la situation, comme « qui » et « pourquoi », n'est pas nécessaire, les réponses aux questions « quoi », « quand » et « où », elles, le sont.

Principaux points à examiner :

- L'information minimale requise est celle qui est nécessaire pour accomplir le travail.
- L'information dont on a besoin pour évaluer les exigences d'une intervention d'urgence en période de pointe d'une façon proactive et en temps opportun.
- Les contraintes liées à l'information (sécurité) pouvant limiter l'échange de certains types d'information, afin de prévoir les conflits ou problèmes possibles.
- La nature et l'étendue de l'incident ou de l'événement, afin de déterminer les interventions nécessaires.
- Les renseignements médicaux, en particulier s'il s'agit d'incidents terroristes potentiels mettant en cause des substances « inconnues ».
- Les organismes concernés par l'intervention et leur rôle.
- L'établissement d'une structure de gestion d'incident où les rôles et les responsabilités sont clairs, notamment l'administration ou l'organisme responsable de la gestion de l'événement.
- L'évolution de la situation en temps réel.

- Les communications que diffusera l'administration ou l'organisme responsable pour que les messages des partenaires répondants soient cohérents.
- La diminution des capacités organisationnelles des administrations ou organismes participant à l'intervention, pour qu'il soit possible de préparer une aide mutuelle et la mettre en place.

Autres types d'information précisés par des participants : Quel est le nombre de victimes? Quels sont les risques en cause? Qu'est-ce qui permettra la progression de l'intervention?

STEVEN KEMPTON fait état de la nécessité de bien connaître les divers réseaux pour réagir en cas d'incident de ce genre. Il dit que lorsqu'une situation survient, meilleurs sont les réseaux, plus confiants nous sommes, et plus la situation nous est familière. Il souligne qu'il est difficile de rencontrer des gens d'autres organismes et de leur faire confiance, mais qu'il faut mettre en place un « réseau répondant » pour assurer les communications entre les organismes, au cours des situations d'urgence.

TONY J. EDEN parle de l'honnêteté des travailleurs de la santé lorsque des urgences sont liées à des risques sur le plan de la sécurité. « Nous, du domaine des soins de santé, sommes sensibles à la confidentialité des renseignements », dit-il. « Je ne prétends pas m'y connaître en sécurité, ni en matière d'une arme à feu, et je ne veux pas en connaître plus. »

Lorsqu'il a été convoqué à une réunion au sujet d'une possible demande de soins de santé, à Halifax, au printemps de 2007, sans qu'on lui dise qu'elle était cette demande, Eden a dit qu'il était aux prises à ce moment-là avec un problème de débordement des salles d'urgence à Halifax. Si les organismes de sécurité ne lui avaient pas donné une information complète, il lui aurait été impossible de répondre à leurs besoins – c'est-à-dire de répondre à la demande additionnelle, en sus de la demande déjà excédentaire. « C'est pourquoi nous devons être créatifs, et collaborer », a-t-il dit.

M. Myers a demandé aux participants au groupe de discussion s'ils pouvaient donner des exemples de cas où les choses étaient bien allées, où les liens avaient bien fonctionné, et s'il y avait des domaines où les systèmes se raccordaient mieux.

M. Kempton a dit qu'en dépit de ce qu'il a appris sur l'incident de mars 2007, énormément de choses se sont bien déroulées au cours de l'opération. Il dit que si le contraire s'était produit, nous aurions tous été massacrés dans les médias, beaucoup plus que nous ne l'avons été. M. Lathem convient que même si les travailleurs de la santé sont très critiques à l'égard d'eux-mêmes et s'ils ne sont jamais satisfaits de leur rendement, il a, quant à lui, été satisfait des mesures d'intervention conjointes dans le cadre de cet incident.

M. Lathem a dit qu'en ce qui concernait les leçons retenues, pour lui, elles n'étaient pas retenues – elles constituaient plutôt une observation, jusqu'à ce que l'on modifie ou mette en œuvre une politique ou la planification, au sein d'une organisation. Il a dit que les organismes auraient dû accepter les critiques constructives, et collectivement tenter de modifier les rapports entre les organismes. M. Eden a dit que tous ceux à bord du navire auraient été bien traités.

compromettre le déroulement d'une enquête criminelle. Il a fait ressortir le fait que la planification de l'incident du printemps 2007 avait été faite en fonction d'un bon nombre de scénarios en matière de santé, par exemple, la possibilité que les humains soient jetés par-dessus bord et qu'arrivent des immigrants souffrant de malnutrition ou mourants, qu'ils soient porteurs de maladies infectieuses ou qu'ils aient des intentions criminelles. Il a souligné la nécessité de faire en sorte que les deux cycles de planification, celui de la santé et celui de la sécurité, soient intégrés sans toutefois que la transmission de certains renseignements menace la sécurité.

STUART MACPHERSON a dit que les organismes en cause ne pouvaient attendre l'arrivée du bateau pour commencer la planification. Cependant, une planification trop précocce ou avec le concours d'un trop grand nombre d'organismes aurait anéanti la sécurité opérationnelle. « Même si l'événement avait des conséquences sécuritaires et humanitaires, ces deux aspects ont été gérés ensemble, comme un événement unique, ce qui a entraîné des difficultés », a-t-il dit.

M. MacPherson a dit que même si des partenariats avaient été établis au cours de l'événement, si ces partenariats avaient été établis auparavant, il aurait été possible de communiquer des renseignements « en circuit fermé » et ainsi empêcher les fuites de renseignements protégés. Il a dit que, malgré tout, si les autorités avaient effectivement découvert 200 immigrants clandestins à bord du bateau, l'Agence des services frontaliers du Canada (ASFC) et les autres intervenants auraient été en mesure de faire face à la situation.

LE SURINTENDANT BLACK a fait état du partenariat précaire entre la GRC et le public. Il a dit que si les responsables de l'application de la loi réagissent aux menaces environnementales et naturelles sans trop se préoccuper des secrets et des menaces à la sécurité, lorsqu'il est toutefois question de criminalité et de terrorisme, ils commencent à prendre leurs distances par rapport aux autres intervenants. Il dit que l'information concernant le crime et le terrorisme est habituellement de nature extrêmement délicate. Lorsque la GRC communique de l'information au ministère de la Défense nationale et à l'ASFC, elle tient compte des trois étapes progressives de la connaissance de l'information : « Vous voulez savoir. Vous êtes autorisés à savoir. Vous devez savoir. »

Le surintendant Black a dit que même si bon nombre de personnes sont autorisées à prendre connaissance de certains renseignements au sein des organismes d'application de la loi, elles ne sont pas nécessairement mises au courant, parce qu'elles n'ont pas besoin de l'information. Il a dit que si la GRC ne communique pas certains renseignements aux membres de sa propre organisation, on comprendra combien elle hésite à le faire à des représentants du secteur privé ou des organismes régionaux de soins de santé! Au cours d'un incident ayant des conséquences pour la sécurité et la santé, les professionnels de la santé doivent déterminer clairement auprès de la police l'information dont ils ont absolument besoin pour accomplir leur travail, sans en demander plus.

ANDREW LATHEM a expliqué la nécessité, sur le plan humanitaire, de garantir la sécurité des 200 personnes à bord du navire à destination du Canada. Il a dit que les passeurs de clandestins considéraient leurs passeurs comme du fret dont on peut se débarrasser et, si le navire était arrivé à Halifax, les passeurs auraient pu, s'ils avaient su que les autorités les attendaient pour fouiller le navire, jeter leur marchandise par-dessus bord. Il a dit que les Canadiens s'attendaient à ce que les autorités traitent de tels immigrants avec compassion. Le nombre de personnes désireuses d'aider est sans limite, mais la difficulté dans le cas des systèmes partagés est la nécessité d'assurer l'intégrité opérationnelle – dans ce cas, de protéger l'information concernant les passeurs jusqu'à leur arrivée.

CAFÉ PLANÉTAIRE – DÉBAT-CAUSERIE

EXPLORATION DE LA GESTION DE CRISES ET DES
CONSÉQUENCES : POINTS DE VUE NATIONAUX ET LOCAUX

ANIMATEUR DE DÉBAT

M. David Myers

Sécurité publique Canada

PARTICIPANTS AU GROUPE DE DISCUSSION

Capitaine de vaisseau Colin Plows

Officier des opérations – J3

Commandement du Canada

M. Stuart MacPherson

Directeur, Protection civile

Agence des services frontaliers du Canada

Surinderhant Kaurian Black

Centre de coordination des préparatifs et des interventions opérationnelles

Gendarmerie royale du Canada

M. Andrew Lathem

Directeur, Programmes d'urgence

Bureau de gestion des urgences de la Nouvelle Écosse

M. Steven Kempton

Coordonnateur régional, Mesures et interventions d'urgence

ASPC

M. Tony J. Eden

Directeur, Ambulances et gestion des urgences sanitaires

Ministère de la Santé de la Nouvelle Écosse

L'ANIMATEUR DE DÉBAT, DAVID MYERS, a expliqué aux participants au groupe de discussion qu'ils allaient utiliser un événement commun pour donner leurs différentes perspectives sur les systèmes communs de sécurité et de santé : les rapports signalant l'arrivée possible de 200 immigrants clandestins présumés, à Halifax, par cargo porte-conteneurs, en mars 2007.

LE CAPITAINE PLOWS a dit que, lorsqu'elles planifient leurs opérations, les organisations doivent prévoir en parallèle comment elles assureront la sécurité, tout en trouvant une solution aux conséquences sanitaires de l'événement.

Mentionnant le thème de la conférence concernant les systèmes partagés, le capitaine Plows a dit qu'il était nécessaire de communiquer aux travailleurs de la santé suffisamment d'information pour leur permettre de faire leur travail, mais pas trop afin de ne pas

M^{me} Scharf a énuméré les situations où le CCOU est intervenu depuis le 11 septembre 2001. Le centre a été mis en activité le dimanche matin précédant le moment où l'ouragan Juan a frappé Halifax. Il a également joué un rôle dans le cadre des préparatifs en prévision de l'arrivée de 200 immigrants illégaux sur un cargo porte conteneurs à Halifax, en mars 2007. M^{me} Scharf a souligné l'importance des communications et des échanges de renseignements intergouvernementaux, non seulement entre les trois ordres de gouvernement canadiens, mais également entre le CCOU et les gouvernements étrangers, notamment celui des États-Unis. M^{me} Scharf a fait état de Frontier Sentinel, un exercice militaire mené en juin 2007 à Halifax, auquel ont participé des militaires et les gardes côtières du Canada et des États-Unis. Cet exercice a amené le CCOU à établir un protocole d'intervention d'urgence dans le domaine maritime, que l'on met actuellement en place.

ANDREW LATHAM a expliqué que le CCOU est particulièrement bien placé pour donner un bon aperçu du contexte situationnel : il a la capacité de prévoir les événements pouvant toucher la Nouvelle-Écosse et de recueillir des renseignements à leur sujet, peu importe que ces événements trouvent leur origine en Nouvelle-Écosse ou ailleurs.

M. Latham a dit que la technologie est un outil pour aider les gens à prendre les bonnes décisions; ce n'est pas elle qui entraîne les changements au CCOU, ce sont les gens. Montrant des photographies de l'intérieur du centre, M. Latham a montré les tableaux et les écrans d'information et il a dit que le centre fonctionnait au moyen de deux génératrices d'appoint. « Dans quelle mesure le centre est-il redondant? Le plus possible. », a-t-il dit. Une unité satellite mobile du CCOU peut transmettre des extraits sonores et visuels provenant des scènes d'urgence – comme l'information sur l'effondrement d'un barrage à Lunenburg transmise aux ingénieurs – et l'information peut être envoyée aux experts pour qu'ils donnent des conseils. Les plus grandes faiblesses ainsi que les plus grandes forces du CCOU ne résident pas, selon M. Latham, dans la technologie, mais dans le fait que trois ordres de gouvernement travaillent ensemble.

ALLOCATION SPÉCIALE AU COURS DU DÉJUNER

PRÉSENTATION DU CENTRE CONJOINT DES OPÉRATIONS
D'URGENCE DE LA NOUVELLE ÉCOSSEM^{me} Jo-Anne ScharrDirectrice régionale – Nouvelle Écosse
Sécurité publique Canada

M. Barry Manuel

Coordonnateur de la gestion des urgences
Municipalité régionale d'Halifax

M. Andrew Little

Directeur, Programmes d'urgence
Bureau de gestion des urgences de la Nouvelle Écosse

JO-ANNE SCHARR a présenté le point de vue de la Nouvelle Écosse en donnant un aperçu du Centre conjoint des opérations d'urgence (CCOU) de Dartmouth, en Nouvelle Écosse. Comme le CCOU résulte d'un partenariat entre Sécurité publique Canada, le Bureau de gestion des urgences de la Nouvelle Écosse et la Municipalité régionale d'Halifax (MRH), il engage la participation des trois échelons gouvernementaux : municipal, provincial et fédéral. Parlant d'une « cohabitation » dans le cas des locaux, elle a dit que l'on discutait de la possibilité d'utiliser ce type d'installation dans l'ensemble de la région.

BARRY MANUEL a dit que les progrès réalisés relativement au système d'intervention d'urgence de la Nouvelle Écosse découlaient de la création du CCOU. Il a montré une photo des membres de l'équipe d'intervention d'urgence mise sur pied à la suite de l'écrasement de l'avion du vol 111 de la Swissair à Peggy's Cove, en septembre 1998.

« Ce n'est pas l'image que l'on a de Swissair, habituellement », a dit M. Manuel. « Il y a une collectivité ici, mais toutes les ressources ont dû être apportées de l'extérieur : la Croix Rouge, la nourriture, les toilettes portatives. » Le CCOU a été fondé après l'écrasement, a dit M. Manuel, avec des fonds accordés à la condition que le centre des opérations d'urgence soit installé dans une infrastructure préexistante. Le CCOU a renoué l'étage supérieur du poste de police de Dartmouth. « Il nous fallait des systèmes partagés, c'est pourquoi le bureau de jour a été installé dans le même immeuble », a dit M. Manuel.

Montrant une photographie de la salle principale des opérations du centre, M. Manuel a fait remarquer qu'il n'y avait pas de portes closes. Le 6 septembre 2001 a marqué l'ouverture officielle du centre des opérations d'urgence. Cinq jours plus tard, le centre était mis à profit pour la première fois à la suite des attaques du 11 septembre aux États Unis. « Huit mille personnes arrivaient à Halifax et nous avions uniquement deux lits de camp », a-t-il dit. M. Manuel a expliqué que 8 000 lits de camp furent expédiés d'Ottawa à Halifax. Depuis cet épisode, le CCOU est intervenu, entre autres, à la suite d'ouragans et d'importantes tempêtes de neige.

QUESTION 3

Quelles doivent être les caractéristiques générales d'une stratégie d'intervention d'urgence en période de pointe?

Les participants ont recommandé les caractéristiques suivantes pour cette stratégie :

- Maintenir un programme intégré, souple, éprouvé et viable.
- Tenir à jour une liste de contacts.
- Comprendre les compétences des ressources.
- Se doter des moyens pour poursuivre les recherches après les 72 premières heures d'une crise, et avoir le soutien logistique nécessaire.
- Créer un processus d'activation, ainsi qu'un processus de désactivation.
- Communiquer à l'interne et avec le public.
- Étudier la question du transport des fournitures.
- Reconnaître qu'il faut établir des liens avec le réseau créé. Préciser les liens sur le plan local, régional, national, ainsi que les liens horizontaux et verticaux.
- Reconnaître la difficulté de séparer la capacité des moyens. Trouver un langage commun.
- Convenir de la structure de commandement des interventions à laquelle on aura recours.
- Mener à bien des exercices et donner de la formation.
- Créer un contexte d'autonomie.
- Gérer les attentes et être réaliste.
- S'assurer de pouvoir avoir un accès complet aux habiletés, en temps opportun.
- Respecter les normes minimales en matière de formation.

LE D^r ST. JOHN mentionne la gamme des premiers intervenants, qui va des médecins au personnel des banques de sang, et il demande aux participants d'imaginer, pour s'en faire une idée, le centre d'une cible où un point central est entouré de cercles concentriques.

« Le talon d'Achille est là où les systèmes doivent interagir », dit-il. « Si les systèmes ne sont pas conçus pour interagir efficacement, ils peuvent s'effondrer. » À titre d'exemple, si les fournitures sont stockées, mais qu'il est impossible de les transporter là où on en a besoin, elles ne servent à rien en cas d'urgence nationale. La mise en place d'un réseau nécessite des interactions avec d'autres cercles concentriques. Le D^r St. John fait valoir que le Forum en cours a atteint le cercle clinique des premiers intervenants.

Le D^r St. John a dit que ce qui ressortait de la conférence en cours était que les choses sont fort complexes. Les interventions d'urgence lors d'une catastrophe exigent l'intégration de tous les cercles. Il a ajouté qu'il était difficile, lorsque tout est calme, d'expliquer pourquoi il est important d'investir des ressources humaines et financières dans des préparatifs d'urgence. Il a terminé en rappelant les paroles de Dwight D. Eisenhower : « Les plans sont essentiellement inutiles 15 minutes après le début de la bataille. C'est le processus de planification qui compte. » Le D^r St. John a souligné la nécessité de « lire le plan, lire le plan et lire le plan. »

QUESTION 2

Donnez trois aspects dont il faut tenir compte dans la création d'une stratégie pancanadienne de capacité d'intervention.

- Les membres du groupe disent que de nombreuses questions doivent être abordées au cours de la mise au point d'une stratégie pancanadienne d'intervention d'urgence en période de pointe :
- Se doter de définitions communes.
 - Normaliser les procédures opérationnelles, notamment la protection des ressources humaines.
 - Repérer les ressources humaines et autres, et régler les problèmes de connectivité.
 - Offrir une formation et des ressources uniformisées pertinentes.
 - Offrir un modèle ministériel d'élite ou un modèle de commandement unifié. Assigner les rôles et les responsabilités.
 - Maintenir la capacité des secteurs non touchés. Établir une politique de bon voisinage.
 - Nourrir les gens et les transporter dans le nouveau secteur.
 - Tenir compte du fait que, vu la nature diversifiée du Canada, il n'y a pas de solution unique pour l'ensemble des régions. À titre d'exemple, le Nunavut a 23 régions couvrant un territoire de 1 000 milles.
 - Réunir les gabarits communs à un endroit unique.
 - Faire en sorte que la volonté politique de régler le problème vienne à bout des aspects délicats liés aux domaines de compétence respectifs.
 - Constaté la réalité du système de santé actuel. Il faut que le public soit le plus autonome possible là où le système accuse des lacunes.
 - Mettre au point des cadres législatifs intégrés communs.
 - Procéder à la planification concrète du transport.
 - Demander si les pouvoirs et la prise de décisions sont liés aux domaines de compétence.
 - S'attaquer à la question de l'obligation. Au cours de la crise du SRAS, les gens ne voulaient pas aider, même si la loi les y oblige.
 - Évaluer la mesure du rendement et reconnaître les agréments.
 - Analyser le matériel dont on dispose pour les déplacements et l'entreposage.
 - Examiner le financement actuel. Il est très onéreux de faire l'essai préalable de scénarios et d'opérations.
 - Procéder à une analyse des besoins et déterminer les lacunes.
 - Reconnaître le fait que, dans l'ensemble du pays, les risques sont différents, tout comme la tolérance au risque.
 - Faire en sorte que le plan soit souple.
 - Faire en sorte que les attentes du public demeurent réalistes.
 - Évaluer la capacité des organismes de communiquer entre eux, et trouver une façon sûre de transmettre les renseignements des entreprises, sans classification.
 - Mettre au point un mécanisme de comptes rendus.
 - Tenir les « visiteurs » politiques à l'écart.
 - Dresser l'inventaire des biens.
 - Faire en sorte qu'il soit obligatoire de collaborer.
 - Conclure des ententes entre le secteur privé, les gouvernements et les autres organisations, à l'avance.

hôpitaux – qui n'étaient pas obligés de collaborer. D'autres hôpitaux ne voulaient pas prêter leur personnel médical, par crainte que ce dernier soit exposé au virus.

À l'étape de la planification, le fait de se concentrer sur trois niveaux d'intervention d'urgence en période de pointe aurait complètement changé les choses. Le Dr Mazza explique que lorsqu'une intervention d'urgence en période de pointe passe de mineure à moyenne, elle devient régionale et lorsqu'elle est majeure, elle devient provinciale ou nationale.

Sur le plan opérationnel, 20 % des patients avaient besoin d'un ventilateur, mais la Ville n'avait pas suffisamment de ventilateurs, ni de lits. Il est rapidement devenu évident que les vieux immeubles ne pouvaient constituer des locaux acceptables pour les soins intensifs, de sorte que les hôpitaux ont mis sur pied l'équipe de soins médicaux d'urgence (ESMU). Il s'agit d'une unité mobile de soins intensifs de 56 lits à capacité contrôlée, pouvant se rendre n'importe où.

Au cours du récent incendie à Sudbury, le générateur auxiliaire de l'hôpital local a fait défaut et des accouchements ont eu lieu à la lumière des lampes de poche. L'ESMU s'est rendue sur place et elle a été d'un grand secours.

Pour résumer, le Dr Mazza a dit que s'il était possible d'ancrer les principes de planification en prévision de catastrophes dans l'esprit des travailleurs de la santé au cours des périodes de pointe quotidiennes de faible intensité, ces travailleurs seraient mieux préparés en cas de périodes de pointe de forte intensité.

DISCUSSION SOUS LA CONDUITE D'UN MODÉRATEUR

L'ANIMATEUR DU DÉBAT, ALLISON STUART, a demandé aux participants de réfléchir à ce qu'ils considéraient comme les éléments principaux d'une stratégie nationale d'intervention d'urgence en période de pointe au Canada. Pour faciliter la discussion, elle les a invités à se poser trois questions :

QUESTION 1

Quelle est la mesure la plus importante à prendre pour réaliser cette stratégie?

Les personnes interrogées ont proposé des mesures pour aller de l'avant avec l'élaboration de cette stratégie d'intervention d'urgence en période de pointe :

- Planifier en ayant les travailleurs de la santé à l'esprit, et faire intervenir la première ligne dans le processus de planification.
- Intégrer les bénévoles, en tenant compte de leurs ressources et leurs avoirs.
- Investir dès maintenant dans la planification à titre prioritaire, dans le cadre de la planification de la poursuite des activités fondamentales.
- Se doter de principes communs en expliquant clairement que tous les intervenants et les cliniciens doivent respecter dans l'ensemble des systèmes.
- Elaborer une stratégie nationale intégrée fondée sur la capacité fonctionnelle.

de la plaine inondable et d'autres hôpitaux – par exemple, à Chilliwack – étaient susceptibles d'être isolés.

Le Fraser Health a mis sur pied un centre de planification et de coordination en prévision d'une inondation et il a détaché des ressources de gestion des urgences provenant d'autres régions régionales de la santé. Afin de protéger les biens, les services de santé de Chilliwack ont été évacués, et le matériel a été déménagé, tout comme les dossiers des patients – ce qui a constitué une « affaire énorme », notamment en raison des exigences prévues par la loi, a dit M. MacAlister. Des mesures d'isolement ont été prévues pour trois collectivités.

On a mis sur pied un local de soins alternatifs, dans un entrepôt de 20 000 pieds carrés, sur une ancienne base des Forces canadiennes à Chilliwack, qui était opérationnel dans les 24 heures suivantes. On y a installé le personnel des services de santé de Chilliwack, et l'endroit devait servir de pont entre les services de soins de première ligne et les services de soins d'urgence, pour décharger quelque peu les autres hôpitaux. L'installation disposait d'un approvisionnement médical, chirurgical et alimentaire de 20 jours. Il y avait également un système d'appoint pour la génération d'appoint.

M. MacAlister a dit qu'une des leçons tirées à l'égard de la capacité d'intervention est que la durée de la période d'intervention est souvent négligée. De plus, il est essentiel d'établir des liens avec les autres régions régionales de la santé et de savoir à qui on doit faire appel. « Vous seriez étonnés, de dire M. MacAlister, de tout le travail qu'exige le déplacement de 600 personnes – ainsi que de leurs effets personnels, de l'équipement, des fournitures médicales et des lits, avec eux. » Il a dit que son organisation avait négocié pendant quatre semaines avec cinq régions de la santé et n'avait pas réussi à obtenir 200 lits, ni un seul lit d'unité de soins intensifs muni d'un respiratoire artificiel, où que ce soit dans la province.

Le 2 juin, l'eau s'est mise à affluer, sans toutefois que cela nuise aux services de santé. L'inondation la plus importante s'est produite à l'intérieur des terres de la province. Une région de la santé a dû faire évacuer un établissement psychiatrique, car il était situé derrière une digue non conforme. Le 11 juin, le Fraser Health s'est retrouvé bien au sec, après avoir dépensé environ 250 000 \$ en interventions d'urgence.

LE D^r CHRISTOPHER MAZZA averti que ses propos seraient controversés. Il a défini « la période de pointe » comme toute situation où la demande dépasse les ressources. Au Centre des sciences de la santé de Sunnybrook, où il travaille à titre de médecin et de chef de l'équipe des traumatismes, il y a une période de pointe atteinte toutes les semaines. Les longues fins de semaine et les jours de congé, les patients sont répartis selon la gravité de leur état. Le D^r Mazza a dit que, vu les importantes contraintes financières, les hôpitaux ne pouvaient répondre à tous les besoins. Capacité et moyens sont deux concepts très différents.

Le régime a été « inefficace » dans la façon de traiter le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), a dit le D^r Mazza. Ce qui a sauvé la situation, c'est qu'un petit groupe de personnes a travaillé sans relâche. Certes, il y avait des plans de gestion des urgences, mais ils sont restés sur les tablettes. La seule existence de plans n'équivaut pas à leur exécution. La leçon qui en a été tirée, c'est que le plan doit être grave dans la mémoire des intervenants de première ligne. La question est de savoir comment y parvenir, de dire le D^r Mazza.

De plusieurs points de vue, le SRAS n'était pas une crise importante, mais elle l'a été sur le plan psychologique. Le fait qu'il y ait eu 375 cas et que 21 hôpitaux ont été touchés à Toronto, nous a « rompus au travail », a dit le D^r Mazza. « Nous ne pouvions pas fonctionner. » Le problème était en partie attribuable à la différence de discours de certains

En ce qui concerne les dangers possibles posés par les sources de radiation à l'intérieur de la ville, notamment les universités, les hôpitaux, le centre de traitement du cancer et autres, Winnipeg et du Manitoba Radiation Protection Association collaboreront pour s'assurer que tout est bien géré.

Le 22 juin, une tornade a dévasté une collectivité située à 45 kilomètres à l'ouest de Winnipeg, mais il n'y a eu aucune victime. Voilà peut-être une autre indication que la « ceinture de tornades » gagne progressivement du terrain vers le nord, a dit M. Corriveau. Les responsables du Programme de gestion des catastrophes de l'Office régional de la santé de Winnipeg sont en contact avec leurs homologues du Kansas pour tirer des enseignements de leurs expériences. En ce qui concerne les conséquences pour la capacité d'intervention, il existe deux types d'événements : les événements immédiats, tels que les accidents ferroviaires, et les événements prolongés, tels que les pandémies. Dans les deux cas, les activités de planification englobent la détermination du risque, la prévision du moment de l'événement, la planification en cas de la pire éventualité et l'évaluation et l'inventaire des capacités humaines et des ressources matérielles.

La régie de la santé de Winnipeg se sert d'une structure commune de gestion tous risques en développant depuis maintenant quatre ans, M. Corriveau fait remarquer qu'un des éléments de la préparation à une catastrophe est la conclusion préalable d'ententes avec les organismes partenaires. Il a ajouté que la planification en prévision des catastrophes doit tenir compte de tous les gens pouvant être touchés par la catastrophe, notamment ceux qui ne peuvent se déplacer, les personnes sourdes ou aveugles et les citoyens qui ne parlent ni anglais ni français. Winnipeg est une mosaïque culturelle composée de plusieurs groupes ethniques, notamment d'une communauté d'environ 62 000 Philippins susceptibles d'avoir de la difficulté à parler ou à comprendre l'une des deux langues officielles du Canada. La planification en prévision de catastrophes et les activités de préparation à la capacité d'intervention doivent également inclure des stratégies de soins palliatifs pour aider le personnel des soins d'urgence à faire face à un nombre élevé de décès.

En ce qui a trait à la gestion des catastrophes de façon générale, et aux activités de préparation à la capacité d'intervention en particulier, M. Corriveau a recommandé la mise au point d'un programme cyclique de formation et d'exercices, ainsi que l'intégration complète des services de gestion des catastrophes aux programmes, aux sites et aux installations des régions régionales de la santé. « L'obligation d'y penser est beaucoup moins pénible que l'obligation d'expliquer pourquoi on ne l'a pas fait », dit-il.

DON MACALISTER dit que le Fraser Health compte 24 000 employés des services de santé qui servent une population de 1,5 million de personnes dans la banlieue de Vancouver. Il y a 12 hôpitaux de soins de courte durée et centres communautaires spécialisés. M. MacAlister fait état des leçons retenues à la suite de la menace d'inondation printanière de 2007 en Colombie Britannique – « une activité de planification d'urgence d'urgence, probablement du jamais vu jusqu'à maintenant en Colombie Britannique ».

Le fleuve Fraser descend des montagnes de la chaîne littorale vers Vancouver et l'océan Pacifique. Un système de digues protège depuis toujours le secteur contre les risques d'inondation, mais le 5 avril, une alerte indiquait un pourcentage de neige au nord plus élevé que la normale, soit de 140 % à 160 %. Le gouvernement provincial a affecté 33 millions de dollars à des mesures d'atténuation, qui ont notamment servi à réparer et à moderniser les digues. Un hôpital de soins de courte durée de 109 lits se situait au milieu

DEBATS D'EXPERTS SOUS LA CONDUITE D'UN MODERATEUR

CATASTROPHES ET PLANIFICATION DE LA CAPACITE D'INTERVENTION - LEÇONS TIREES DES REGIONS REGIONALES DE SANTE

ANIMATEUR DE DEBAT

M^{me} Allison Stuart

Directrice de la gestion des urgences

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

PARTICIPANTS AU GROUPE DE DISCUSSION

M. Guy Corriveau

Directeur, Gestion des catastrophes

Office régional de la santé de Winnipeg

M. Don MacAlister

Directeur, Protection and Emergency Management (Protection et gestion des urgences)

Fraser Health, Colombie-Britannique

Dr Christopher Maxwell

Président et PDG

Orange Air Transport

Dr Ronald St. John

St. John Public Health Consulting International

Ancien directeur général

Centre de mesures et d'interventions d'urgence, ASPC

L'ANIMATEUR DE DEBAT, ALLISON STUART, a présenté le sujet, soit la capacité

d'intervention. Elle a demandé aux participants d'examiner la mise en oeuvre et la façon dont les diverses organisations relèvent le défi et de déterminer les premières étapes pour passer de l'initiative sur la capacité d'intervention à une stratégie sur la capacité d'intervention.

GUY CORRIVEAU dit que l'Office régional de la santé de Winnipeg compte environ 27 000 travailleurs de la santé répartis sur 606 kilomètres carrés. La ville a été construite sur une voie navigable et elle a connu une inondation non catastrophique en 1997. Cependant, l'un des hôpitaux tertiaires de Winnipeg est construit sur les rives de la rivière Rouge, une rivière dont le niveau s'élève chaque printemps, à des degrés différents. Winnipeg est également constituée sur une plaque tournante nationale de transport ferroviaire utilisée pour transporter divers matières dangereuses à travers la ville. Le Canadien National, par exemple, transporte chaque année environ 80 000 chargements de marchandises dangereuses à travers Winnipeg.

Au cours des cinq dernières années, deux déraillements non catastrophiques se sont produits dans la région des services de santé de Winnipeg. Toujours sur le front du transport, trois atterissages d'urgence ont eu lieu, mais, jusqu'à présent, par pure chance plutôt que par suite d'une bonne planification, aucune catastrophe n'est arrivée à la ville. « Il n'arrive jamais rien à Winnipeg », a dit M. Corriveau.

« Qui reste derrière dans une catastrophe? » a-t-elle demandé. Ce sont les gens qui n'ont rien à perdre, dit-elle, les criminels et les sans-logis, qui ne peuvent pas partir. Trois équipes médicales ont dû être retirées du Superdome, parce que la sécurité était assurée uniquement par une troupe de transport de la Garde nationale, qui n'avait pas d'armes, alors que la plupart des personnes déplacées en avaient.

La sécurité et le transport sont les deux principaux éléments qui ont limité l'intervention médicale d'urgence. Si l'on avait su où se trouvait le matériel nécessaire et de quel matériel disposaient les autres groupes aux capacités fonctionnelles similaires, il en aurait été tout autrement.

La D^{re} Briggs a souligné qu'une des leçons tirées des événements du 11 septembre 2001 a été que l'industrie de la construction est la première source pour le matériel de recherche et de sauvetage. Le recours à des méthodes inhabituelles – comme l'« emprunt » de voitures de location Budget, tout en laissant une note pour expliquer que c'était le gouvernement qui les louait – est ce qui a permis de poursuivre l'intervention d'urgence à La Nouvelle-Orléans.

Un bon leader est quelqu'un qui est capable de réagir, qui a une vue d'ensemble de la situation et qui prend conscience des dimensions humaines d'une catastrophe. Le choix du bon organisme responsable est également un élément clé. La D^{re} Briggs dit que les militaires auraient dû jouer ce rôle au cours de l'épisode de Katrina, mais qu'ils n'étaient pas disponibles.

Dans les événements où les victimes sont nombreuses, le rétablissement est un aspect très négligé, comme le montre à l'évidence le seul fait que, deux ans après le passage de l'ouragan Katrina, des tentes bleues surplombent toujours les toits à La Nouvelle-Orléans.

L'intervention en cas de catastrophe doit se faire à l'échelle de la région, plutôt que de l'État, pour éviter les disparités économiques et empêcher les États de se faire concurrence pour l'obtention du matériel. Ces deux réalités sont devenues évidentes à La Nouvelle-Orléans, car la Louisiane est l'un des États les plus pauvres, et cinq États étaient touchés.

En dernier lieu, la perception du public est déterminante. Comme l'affirme la D^{re} Briggs, ce qui a changé les choses dans le cas de Katrina, c'est la photo d'une vieille dame assise dans un fauteuil roulant, morte, au Superdome. La réaction du public à cette image a mené à la création de nouveaux départements gouvernementaux. La D^{re} Briggs a fait une mise en garde : « Il est toujours possible que la prochaine fois, l'intervention soit exagérée, ce qui peut se révéler tout aussi dangereux. »

Un participant a posé des questions au sujet du Minimum Accepted Standards of Care Committee (Comité sur les normes de soins minimales). Qui l'a constitué, à quoi se rattache-t-il et quels sont les résultats attendus? La D^{re} Briggs a répondu que le gouverneur avait mis sur pied le comité, par l'intermédiaire de l'Agence de santé publique du Massachusetts. Le comité a pour mission d'informer les groupes de gens qui ne seront pas visés par la première vague de triage et de sensibiliser le public au fait qu'il a la responsabilité personnelle de se préparer aux catastrophes.

Un autre participant a demandé comment faire face à la possibilité d'urgences multiples simultanées. La D^{re} Briggs a dit que cela fait ressortir la nécessité pour les partenaires régionaux et fédéraux de se doter d'un système efficace : le leadership doit être en place, les évacuations doivent être coordonnées, le matériel doit être déployé.

La D^{re} Briggs poursuit en disant que pour la mise au point d'une méthode d'évaluation rapide des patients, la simplicité prime. Sur le terrain, il n'est pas possible d'appliquer une liste de critères de cinq pages.

Comme le gouvernement fédéral a besoin d'un certain temps pour réagir, il ne fera pas partie des premiers intervenants. Quiconque sera en mesure d'arriver sur les lieux en premier doit être mis au courant de la façon d'effectuer le triage, et c'est pourquoi la D^{re} Briggs recommande que l'on enseigne aux agents de police les mêmes méthodes que celles enseignées aux intervenants de la santé publique.

Elle souligne que la clé pour que les systèmes fonctionnent est de dissiper les mythes en matière de planification en cas de catastrophe :

- Innover dans le choix des termes. Plutôt que d'utiliser les titres et les structures organisationnelles habituelles, faire que le système repose sur la capacité fonctionnelle. Les rôles, notamment celui de commandant au cours de l'incident, doivent être déterminés à l'avance.
- Dissiper le mythe selon lequel toutes les catastrophes sont différentes, en particulier les actes de terrorisme. Les préoccupations en matière de santé publique et de soins médicaux sont les mêmes pour toutes les catastrophes. Ce qui change, c'est l'organisation qui est responsable de la gestion de l'événement, selon la nature de la catastrophe.
- Même si « tout le monde » veut devenir bénévole, cela ne fait pas nécessairement de chacun un bon candidat. Les bénévoles doivent fonctionner efficacement dans le système. Les considérations politiques ne doivent pas dicter l'intervention en cas de catastrophe. Il faut que l'intervention soit de nature fonctionnelle, pour être efficace.

Dans les villes, le triage pour l'évacuation est habituellement l'élément le plus négligé de l'intervention en cas de catastrophe. Le doublement de plans à l'égard de la sécurité, des transports et des communications est nécessaire, au cas où la ville entière serait paralysée, comme ce fut le cas, par exemple, à La Nouvelle-Orléans. « Personne n'avait prévu qu'une ville américaine doit être évacuée », a dit la D^{re} Briggs.

Il est essentiel d'adopter une approche tous risques à l'égard des situations d'urgence complexes, car il est impossible de prévoir quelles organisations devront intervenir dans une situation donnée. L'évaluation du risque doit venir en deuxième lieu. Dans le cas de Katrina, l'évaluation du risque venait en premier, de sorte qu'on s'est préoccupé davantage de la sécurité, que des transports. En outre, en matière de planification de l'évaluation des risques, il faut en faire plus que moins, pour se concentrer sur les capacités fonctionnelles. La logistique doit être centralisée.

Qualifiant Katrina de « pire intervention en matière de catastrophe qui soit », la D^{re} Briggs a dit que les équipes affectées aux catastrophes parcouraient le pays à la recherche de matériel. D'ailleurs, le département de la Sécurité intérieure n'avait pas les camions, les grues et le matériel nécessaires, et la Garde nationale, qui aurait dû se charger d'amener les secouristes et d'évacuer les victimes par voie aérienne, était prise ailleurs, en Iraq et en Afghanistan.

Une autre faille au cours de l'épisode de Katrina fut la bureaucratie. « Il fallait remonter une chaîne de commandement de 15 étapes, avant qu'une décision puisse être prise », a déploré la D^{re} Briggs. Elle propose comme solution la création d'une structure modulaire souple où tous les éléments fonctionnent comme partie intégrante du système.

DISCOURS-PROGRAMME

CHANGER LES PRIORITÉS EN MATIÈRE D'INTERVENTION D'URGENCE – RELIER LES SYSTÈMES DANS LES SITUATIONS D'URGENCE COMPLEXES

D^{re} Susan Briggs

Directrice

Harvard Medical International Trauma and Disaster Institute

(Institut médical international des traumatismes et des catastrophes d'Harvard)

Boston, Massachusetts, États-Unis

LA D^{re} SUSAN BRIGGS a dit de Boston et d'Halifax qu'elles étaient des « villes sœurs » à la suite de l'explosion d'Halifax de 1917. Elle a souligné l'importance de veiller à ce que les systèmes aient déjà bien fonctionné ensemble avant une catastrophe : les intervenants et le matériel à eux seuls ne confèrent pas son efficacité à une intervention d'urgence. Elle a exposé un cas où ce genre de préparation a fait défaut : durant une intervention en situation d'urgence, les victimes souffrant de brûlures graves ont été emmenées à l'Université Cornell, mais les médecins sur place ont été incapables de fonctionner, parce qu'ils connaissaient mal le système informatique.

L'autre élément crucial est la planification. La D^{re} Briggs a souligné que personne n'avait prévu que les digues allaient céder et ainsi menacer six États au passage de l'ouragan Katrina, et personne au World Trade Centre n'avait prévu que des avions remplis de carburant allaient percuter les tours.

En outre, les plans doivent avoir été mis à l'épreuve dans la réalité. Si une capacité d'intervention donnée a pour limite le fait qu'elle ne peut pas être mise en œuvre dans une zone inondable, alors elle ne doit pas être appliquée au Sud des États-Unis, qui constitue précisément une zone inondable.

La D^{re} Briggs dit que les armes de destruction massive posent un grand défi, que ce soit à la suite d'accidents ou d'actes délibérés, parce qu'elles font un nombre record de victimes. Au cours des attaques au sarin à Tokyo, seulement 20 % des personnes ayant afflué vers les installations de santé publique et médicales avaient eu des effets physiques. Les autres 80 % souffraient de malaises psychogènes, et ont accablé les infrastructures.

La D^{re} Briggs a dit que, dans les pays développés, il est inacceptable de ne pas offrir le meilleur à chacun, or, cela n'est pas possible en cas de catastrophe. La D^{re} Briggs siège actuellement à un nouveau comité, appelé Minimum Accepted Standards of Care Committee (Comité sur les normes de soins minimales), qui étudie précisément cette question.

Un des éléments cruciaux de l'efficacité de l'intervention d'urgence est la capacité de distinguer les survivants dans un état critique de ceux qui ne le sont pas. Comme l'explique la D^{re} Briggs, lors d'incidents faisant un grand nombre de victimes, les gens qui ne sont pas gravement touchés peuvent devenir des secouristes. Une façon permettant aux premiers intervenants de déterminer qui a été grièvement touché est d'utiliser un porte-voix pour annoncer : « Tout le monde doit venir ici. » Tous ceux qui se déplacent ne sont pas des cas critiques.

« ..., cette tragédie touche encore aujourd'hui de nombreux habitants de cette ville. De fait, bon nombre de leçons observées il y a près d'un siècle demeurent pertinentes à ce jour. »

Le Dr Njoo a exprimé l'engagement de l'ASPC à poursuivre le dialogue entrepris au cours du Forum. Il a dit que le Forum était structuré de façon à favoriser des discussions animées visant définir les principaux enjeux et les priorités qui nous permettront de structurer nos initiatives au cours de l'année à venir.

« Je précise également que nous nous engageons à revoir ces enjeux dans le cadre du Forum national de 2008, afin d'évaluer nos progrès et de déterminer les prochaines étapes. À cet égard, nous voulons que le Forum national devienne une plateforme qui nous permettra non seulement de partager nos connaissances et notre savoir-faire et renforcer le milieu de la gestion des urgences, mais aussi de déterminer des interventions collectives qui peuvent être définies par le biais de jalons et de résultats concrets. »

JO-ANNE SCHARF remplaçait Bob Lesser, directeur général des opérations, Sécurité publique Canada, qui n'a pu se rendre au Forum. Mme Scharf a remercié les nombreux directeurs régionaux de l'ensemble du Canada de leur participation au Forum.

Depuis sa création en 2003, Sécurité publique Canada s'est concentrée sur la tâche de protéger les Canadiens contre les risques de catastrophes naturelles et d'actes terroristes, en favorisant les synergies entre les trois ordres de gouvernement, les groupes communautaires, les premiers intervenants et les autres pays. Mme Scharf a dit que, bien que les menaces changent, les assises de la gestion des urgences demeurent les mêmes : des rapports solides et la connaissance des divers intervenants et de ce qu'ils sont en mesure de faire. Elle a ajouté que le regroupement des mesures d'urgence et de la sécurité ainsi que des responsables de l'application de la loi dans un même cadre permettrait au gouvernement d'adopter une approche tous risques à l'égard de l'ensemble des urgences.

En Nouvelle-Ecosse, Sécurité publique Canada partage des locaux avec des partenaires fédéraux et provinciaux pour faciliter la collaboration. Étant donné le très grand nombre de catastrophes que la Nouvelle-Ecosse a connues, un nombre important de techniques spécialisées ont été mises à l'épreuve au cours de dangers de toutes sortes, a expliqué

Mme Scharf a donné le trafic d'immigrants illégaux comme exemple de menace à la sécurité. Parmi les catastrophes naturelles qui ont eu lieu en Nouvelle-Ecosse, on compte l'écrasement du vol de la Swissair, l'ouragan Juan et la violente tempête de neige de 2004, appelée « White Juan ». La Nouvelle-Ecosse étant une petite province, Mme Scharf souligne l'importance de la collaboration et de la communication entre les organismes, dont l'élément central est la collaboration entre Sécurité publique Canada et l'ASPC.

BIENVENUE

D^r Howard Njoo

Directeur général, Centre de mesures et d'interventions d'urgence
Agence de la santé publique du Canada

M^{me} Jo-Anne Schar

Directrice régionale – Nouvelle-Écosse
Sécurité publique Canada

LE D^r NJOO a souhaité la bienvenue aux participants et a transmis les excuses du D^r David Butler Jones, administrateur en chef de la Santé publique du Canada, qui n'a pu se joindre au Forum. Le docteur Hutton a souligné la présence de Jane Billings, sous-ministre adjointe principale à l'ASPC.

Il a rappelé les importants jalons depuis le premier Forum, voilà de cela sept ans : l'élaboration d'un Cadre national de gestion des situations d'urgence en santé; l'évolution constante du système national de gestion des incidents dans le domaine de la santé (SNCIDS); la reconnaissance du rôle et des contributions importantes des organismes non gouvernementaux et du secteur bénévole à la gestion des urgences; l'engagement à élaborer un cadre national de résilience, sous la direction du Conseil.

Le D^r Njoo a dit que cette année, il était nécessaire de se concentrer sur la mise en place d'une capacité intégrée et globale d'intervention qui puisse être déclenchée à tous les échelons. Il a rappelé aux participants que l'épisode du SRAS et la menace actuelle de grippe pandémique nous rappellent que nous vivons dans un environnement propice à l'émergence et à la réapparition de maladies qui peuvent frapper n'importe où et se propager rapidement sans égard aux frontières. « Dans une société axée sur la mondialisation, les maladies peuvent frapper rapidement », a-t-il dit. « Cela fait ressortir combien il est important de travailler conjointement. »

Le D^r Njoo a souligné la nécessité de cerner les questions auxquelles nous pouvons nous attaquer collectivement au cours de la prochaine année, de nous servir de nos expériences mutuelles, et de continuer d'échanger après le présent Forum. « ..., c'est-à-dire que nous devons non seulement adopter une approche pancanadienne à l'égard de la planification, compte tenu de la diversité du Canada, mais également nous engager à trouver des façons de nous assurer que nos activités nationales sont harmonisées avec la réalité des règles régionales de la santé. »

Le D^r Njoo fait en outre observer que les gestionnaires des mesures d'urgence de tous les domaines doivent continuer de trouver des façons de mettre à profit leurs expériences, leurs connaissances et leur expertise mutuelles. Il a souligné le fait que ce dialogue doit se poursuivre après le Forum et faire en sorte que les leçons tirées à la suite des catastrophes survenues au Canada permettent d'améliorer les politiques et la planification. Rappelant que 2007 est le 90^e anniversaire de la grande explosion d'Halifax, le D^r Njoo a affirmé ce qui suit :

RÉSUMÉ

Le Forum national sur les mesures et les interventions d'urgence de 2007, organisé conjointement par l'Agence de la santé publique du Canada et Sécurité publique Canada, a permis de réunir plus de 150 cadres supérieurs d'organismes gouvernementaux et non gouvernementaux de partout au Canada, afin de cerner les principales questions liées aux politiques et aux programmes, ainsi que de tenir compte des questions nouvelles dans les processus de gestion des urgences liées à la santé publique.

Le thème du Forum national de 2007 était « Risques globaux et interventions locales : relier les systèmes ». Les exposés et les débats avaient pour but de faire valoir l'importance de l'intégration des ordres de gouvernement et des services d'intervention sanitaire à tous les échelons dans les situations de catastrophes. Une attention particulière a été apportée à la nécessité de tenir compte, dans les politiques et la planification, des besoins et des réalités des régions régionales de la santé, des établissements sanitaires et du personnel de gestion des urgences.

Le programme du Forum de deux jours à Halifax, en Nouvelle-Écosse, prévoyait une série d'exposés et de discussions en groupe, où les conférenciers d'honneur ont traité des leçons retenues à la suite de l'explosion à Halifax, de la flambée de cas de SRAS, de l'attentat à la bombe d'Oklahoma City en 1995 et des événements du 11 septembre 2001. En s'inspirant de ces événements, les participants devaient cerner les principales difficultés et occasions de la mise au point d'une approche pancanadienne de planification des mesures d'urgence en matière de santé publique, qui tiennent compte à la fois de la diversité du Canada et des réalités des régions régionales de la santé.

Pour la première fois au Forum, on s'est penché sur la question de la construction et du rétablissement après les catastrophes dans une perspective de santé publique. Les participants avaient pour défi d'élaborer un programme canadien d'activités de rétablissement qui pourrait contribuer aux recherches et éclairer le choix des programmes dans les années à venir. Le Forum s'est terminé avec une séance spéciale sur la meilleure façon de s'y prendre pour intégrer les leçons tirées de catastrophes dans les programmes de formation et d'éducation en gestion des urgences.

Parmi les principaux résultats du Forum national axés sur l'amélioration de la gestion des mesures d'urgence en matière de santé publique, on note l'engagement à :

- élaborer une stratégie nationale des capacités d'intervention au Canada;
- définir, de façon concrète, les enjeux liés à l'échange de renseignements entre les provinces, les territoires et les organisations non gouvernementales au cours d'une urgence liée à la santé publique;
- mettre au point un programme canadien d'activités de rétablissement pour orienter les recherches et les programmes dans les années à venir;
- amorcer des discussions entre les principaux intervenants de la gestion des mesures d'urgence en matière de santé publique en vue de l'élaboration d'une stratégie de formation et d'éducation en gestion des urgences au Canada.

CONFÉRENCIERS

Surintendant Gordon Black
Centre de coordination des préparatifs et des interventions opérationnelles
Gendarmerie royale du Canada

M^{me} Michelle Hébert Boyd
Santé Canada
Auteure d'Enriched by Catastrophe

D^{re} Susan Briggs
Harvard Medical International Trauma and Disaster Institute (Institut médical international des traumatismes et des catastrophes d'Harvard)
Boston, Massachusetts, États-Unis

M. Guy Corriveau
Directeur, Gestion des catastrophes
Office régional de la santé de Winnipeg

M. Tony J. Eden
Directeur, Ambulances et gestion des urgences sanitaires
Ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse

D^r David Hunter
Centre de mesures et d'interventions d'urgence
Agence de la santé publique du Canada

M. Steven Kempton
Coordonnateur régional, Mesures et interventions d'urgence
Agence de la santé publique du Canada

M. Andrew Latham
Directeur, Programmes des mesures d'urgence
Bureau de gestion des urgences de la Nouvelle-Écosse

M. Iain MacArthur
Directeur, Protection and Emergency Management (Protection et gestion des urgences)
Fraser Health, Colombie-Britannique

M. Stuart MacPherson
Directeur, Protection civile
Agence des services frontaliers du Canada

M. Barry Manuel
Coordonnateur de la gestion des urgences
Municipalité régionale d'Halifax

D^r Christopher Meeze
Président et PDG
Ornge Air Transport

D^r Howard Ngoo
Directeur général, Centre de mesures et d'interventions d'urgence
Agence de la santé publique du Canada

Capitaine Katie Klover
Agent des opérations - J3
Commandement du Canada

Professeur Joseph Scanlon
Professeur émérite et directeur
Centre de recherches en communications d'urgence
Université Carleton

M^{me} Jo-Anne Scholtz
Directrice régionale
Nouvelle-Écosse
Sécurité publique Canada

M^{me} Rhonda Schwenk
Directrice des soins patients et de qualité
North York General Hospital

M. Dave Scott
Spécialiste des services sociaux d'urgence/
Coordonnateur du rétablissement
Programme provincial d'urgence de la Colombie-Britannique

M. Don Shropshire
Directeur national, Gestion des catastrophes
Société canadienne de la Croix-Rouge
Président, Conseil des directeurs du secteur bénévole
chargés des situations d'urgence

D^r Ronald St. John
St. John Public Health Consulting International
Ancien directeur général
Centre de mesures et d'interventions d'urgence
Agence de la santé publique du Canada

TABLE DES MATIÈRES

1 Conférenciers

3 Résumé

5 BIENVENUE

7 Discours-programme :

Changer les priorités pour l'intervention d'urgence –

Relier les systèmes dans les situations d'urgence complexes

10

Débats d'experts sous la conduite d'un modérateur :

Catastrophes et planification de la capacité d'intervention –

Leçons tirées des régions régionales de santé

13

Discussion sous la conduite d'un modérateur

Allocation spéciale au cours du déjeuner :

Présentation du Centre conjoint des opérations d'urgence de la Nouvelle Écosse

18

Café planétaire – débat-causerie :

Exploration la gestion de crises et des conséquences :

Points de vue nationaux et locaux

21

Café planétaire :

Compte-rendu et discussion sous la conduite d'un modérateur

24

DISCOURS D'OUVERTURE DU JOUR DEUX

25

Discours-programme :

Se relever d'une catastrophe – Leçons tirées d'Oklahoma City et de New York

29

Groupe d'experts :

Reconstruire après les catastrophes –

Déterminer les besoins et les priorités en matière de rétablissement

33

Discussions en petits groupes et comptes rendus :

Reconstruire après les catastrophes – de l'intervention au rétablissement

35

Remerciements

36

Entrevue débat-causerie :

Explosion d'Halifax – Les leçons retenues à l'égard du rétablissement au sein de la collectivité

39

Discussions en petits groupes :

Des leçons observées aux mesures prises –

Créer un programme national de recherche, de formation et d'éducation

41

MOT DE LA FIN

42

PARTICIPANTS



© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2007

Version papier

No de catalogue : PS4-55/2007

ISBN : 978-0-662-05440-5

Version PDF

No de catalogue : PS4-55/2007F-PDF

ISBN : 978-0-662-07984-2

Imprimé au Canada

Promoteurs : Agence de la santé publique du Canada et Sécurité publique Canada

Halifax, Nouvelle Écosse

16-17 Octobre 2007

les interventions d'urgence

les mesures et

Forum national sur

7^e

Relier Les Systèmes

Risques Globaux, Interventions Locales :

FORUM NATIONAL SUR
LES MESURES ET LES INTERVENTIONS
D'URGENCE DE 2007

